



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
TESIS**

**REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE INCAPACIDAD EN
PACIENTES CON LUMBALGIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".**

PRESENTA

RUIZ CARRILLO CLAUDIA ALEJANDRA

Residente de Medicina Familiar

HGZ /MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

Matricula: 97379673, Cel.3316996972 Fax: No fax.

Correo: claudiaruizcarrillo@gmail.com

SANDOVAL IBARRA LUCIA

Directora de tesis

Médico Familiar. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

Matricula: 97371494 Teléfono: 5568175641, Fax: No Fax.

Email: sandoval.ibarra.lucy@gmail.com

VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

Asesor metodológico

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia

Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

Matricula: 99377278 Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

Teléfono: 5556276900 ext. 21742 Fax: No Fax

Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

RUIZ CARRILLO NELIDA YUDITH

Asesora clínica

Médico No Familiar. Especialista en Ortopedia.

Adscrita al Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" IMSS.

Matricula: 98355577 Teléfono: 3310432392. Fax: No Fax

Email: neliyu17.nr@gmail.com.mx

POLACO DE LA VEGA THALYNA

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO 2023
No. DE REGISTRO: R-2022-3605-067**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE INCAPACIDAD EN PACIENTES CON LUMBALGIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

Autores: Ruiz Carrillo Claudia Alejandra¹, Sandoval Ibarra Lucía², Vilchis Chaparro Eduardo³, Ruiz Carrillo Nelida Yudith⁴

1 Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS.

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI" IMSS.

4 Médico Especialista en Ortopedia. Adscrita al Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" IMSS.

OBJETIVO:

Evaluar la relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio observacional transversal, analítico. Se incluyeron derechohabientes del IMSS pertenecientes al HGZ/MF No. 8, edad entre 20-60 años, lumbalgia crónica, sexo indistinto, que acepten participar y cuenten con consentimiento informado firmado. Muestra: 113 pacientes, con un IC del 95%. Se evaluaron variables sociodemográficas y tratamiento actual. Se analizó el grado de discapacidad mediante el cuestionario Roland-Morris y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36. Se realizó estadística descriptiva y se aplicaron pruebas de normalidad y análisis bivariado por medio de χ^2 , U de Mann Whitney, Kruskal Wallis y correlación de Spearman.

RESULTADOS:

Predominio del sexo femenino en 59.3%, Media de edad: 45.58 años, Calificación Cuestionario Roland-Morris para grado de incapacidad: media 10.29 puntos; encontrando diferencias significativas entre sexo, escolaridad y tratamiento ($p < 0.05$). Calificación SF-36 para calidad de vida: media 59.13 puntos, 61.1% con buena calidad de vida, rol físico el dominio con menor puntaje, rol social el mejor puntaje; obteniendo diferencias significativas entre sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación ($p < 0.05$). La relación entre calidad de vida y grado de incapacidad fue una correlación negativa muy alta, relacionándose también negativamente con todos sus dominios ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES:

Siendo la lumbalgia un problema de salud pública, se identificó que más de un tercio de los pacientes presentan mala calidad de vida, la cual se ve influenciada en todas sus escalas con la limitación funcional que presente el paciente; verificando que existe una muy fuerte relación entre calidad de vida y grado de incapacidad. Por lo tanto, resulta primordial la aplicación de intervenciones con enfoque holístico, tomando en cuenta el aspecto mental, emocional, social y espiritual para lograr una disminución de la limitación funcional y una mejora en la calidad de vida de los pacientes que cursan con lumbalgia

PALABRAS CLAVES:

Lumbalgia, calidad de vida, grado de incapacidad, cuestionario Roland Morris y SF-36

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y
EL GRADO DE INCAPACIDAD EN
PACIENTES CON LUMBALGIA DE LA
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8 “DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

AUTORIZACIONES

**DR. BRAVO MATEOS GUILLERMO
DIRECTOR DEL HGZ/MF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/MF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/MF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**DRA. SANDOVAL IBARRA LUCIA
MÉDICA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8
DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
DIRECTORA DE TESIS**

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
MÉDICO FAMILIAR, MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA FAMILIA
DOCTOR EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
PROFESIONALIZACIÓN DOCENTE
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DRA. RUIZ CARRILLO NELIDA YUDITH
MÉDICA ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA
HOSPITAL DE ORTOPEDIA “DR. VÍCTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”
ASESORA CLÍNICA DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

Quiero mostrar un especial agradecimiento a mis padres Zaida y Enrique, por todo el apoyo brindado, pues ellos son la pieza clave para haber llegado hasta aquí. Siempre demostrando ser el mejor ejemplo que con paciencia, perseverancia, amor y responsabilidad, se pueden lograr grandes cosas. Gracias por acompañarme a la distancia durante todo el proceso de mi formación médica, por siempre creer en mí y enseñarme el camino. Todas las ausencias serán recompensadas y espero pronto estar de vuelta cerca de ustedes en mi querida ciudad natal.

Gracias a mis hermanos Liz, Yera, Neli y Luis, por siempre tenderme la mano cuando requiero su ayuda, por sus palabras de ánimo, por escucharme y por ese voto de confianza, ustedes también son parte importante de mis logros personales y profesionales.

Gracias a mis amigos, por brindarme alegrías, por sus valiosos consejos, por dedicarme tiempo de calidad y su compañía en los malos y buenos momentos durante este proceso.

“Lo que con mucho trabajo se adquiere, más se ama.” Aristóteles.

ÍNDICE

1. Marco teórico	8
2. Justificación	20
3. Planteamiento del problema	21
4. Objetivos.....	22
5. Hipótesis.....	23
6. Materiales y métodos.....	24
7. Diseño de la investigación	25
8. Muestra.....	26
9. Ubicación temporal y espacial de la población.....	27
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	28
11. Variables.....	29
12. Análisis estadístico	33
13. Instrumento de recolección	34
14. Método de recolección.....	36
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	37
16. Cronograma de actividades	38
17. Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio	39
18. Aspectos éticos.....	41
19. Resultados.....	46
20. Tablas y gráficas.....	52
21. Discusión	67
22. Conclusiones	73
23. Bibliografía.....	75
24. Anexos.....	79

MARCO TEORICO

La lumbalgia se define como aquel dolor o malestar en la zona lumbar, es decir, localizado entre el borde inferior de la última costilla y por encima del pliegue glúteo inferior, con o sin irradiación a una o ambas piernas, la cual puede comprometer tanto estructuras osteomusculares, como ligamentarias (1).

Corresponde a uno de los padecimientos más frecuentes en el ámbito de la consulta de ortopedia y su relevancia se debe a que también es la segunda causa de incapacidad laboral y durante su evolución clínica, puede incidir de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes (2).

La mayoría de las personas tendrán al menos un episodio de dolor lumbar agudo en su vida, esta condición suele ser autolimitada, no obstante, a menudo se vuelve crónica (3).

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que aproximadamente 1710 millones de personas presentan trastornos musculoesqueléticos, dentro de los cuales, el dolor lumbar corresponde a la causa más frecuente con una prevalencia estimada de 568 millones de personas. De la misma manera, los trastornos musculoesqueléticos son las patologías que más contribuyen a los años vividos con discapacidad (AVD) en todo el mundo, representando aproximadamente 149 millones de AVD, lo que se traduce al 17% a nivel mundial; La lumbalgia corresponde a la causa más frecuente de discapacidad en 126 países (4).

Acorde a un estudio donde se evaluó la incidencia, prevalencia y años vividos con discapacidad en 195 países; se encontró que la lumbalgia corresponde a una de las principales causas de pérdida de productividad en el mundo medida en años y años vividos con discapacidad. Así mismo, de acuerdo a una revisión sistemática de 165 estudios, se estimó una prevalencia puntual de 11.9% y a un mes del 23.3%, presentándose más comúnmente en mujeres de edad media (3).

La prevalencia de dolor lumbar aumenta con la edad, con tasas del 1-6% en niños de 7 a 10 años; 18% en adolescentes y una prevalencia máxima de 28-42% en personas entre los 40 a 69 años (3).

En México, acorde a un comunicado, en 2017 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contabilizó más de 300 mil consultas por lumbalgia, posicionándola como el padecimiento más frecuente entre la población trabajadora y la segunda causa de atenciones en la especialidad de traumatología y ortopedia. Destacando que, debido a la incomodidad provocada por esta patología, puede causar limitación funcional e incapacidad hasta por 10 días (5).

Existen pocos estudios estimando la prevalencia de lumbalgia en México. Sin embargo, de acuerdo a un estudio realizado en población derechohabiente mexicana, se estimó una prevalencia que varía del 5 al 13% (2).

Así mismo, de acuerdo a una encuesta basada en población mexicana donde se incluyeron 8,159 personas, en la Ciudad de México y Nuevo León se reportó una prevalencia de dolor lumbar de 8.0% (6).

FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo para dolor lumbar que se han logrado identificar de acuerdo a diversos estudios, se encuentra el tabaquismo, obesidad, edad, sexo femenino, trabajo físicamente y psicológicamente extenuante, sedentarismo, bajo nivel educativo, insatisfacción laboral, ansiedad y depresión (7).

Por su parte, dentro de las características asociadas a transición de dolor lumbar agudo a crónico, se incluyen obesidad, tabaquismo, discapacidad basal grave y ansiedad/depresión diagnosticada; conforme a un estudio realizado donde se incluyeron un total de 5,233 pacientes con lumbalgia aguda, la tasa general de transición a dolor lumbar crónico fue del 32% (8).

ETIOLOGÍA

Las estructuras que conforman la columna lumbar incluyen músculos, fascia, ligamentos, tendones, articulaciones facetarias, elementos neurovasculares, vértebras y discos intervertebrales. Por lo tanto, cada uno de ellos son susceptibles a factores estresantes, bioquímicos, degenerativos y traumáticos; generadores de dolor lumbar (3).

El dolor lumbar es multifactorial, por ende, la gran mayoría de los pacientes que acuden a recibir atención primaria serán catalogados como lumbalgia inespecífica hasta en más del 85%, es decir, que el paciente presenta el dolor lumbar en ausencia de una causa específica identificada de manera confiable (9).

Por una parte, la lumbalgia mecánica, hace referencia a aquella que surge inherentemente de la columna vertebral, discos intervertebrales o tejidos blandos circundantes. Dentro de estos, se incluyen el dolor miofascial, degeneración de disco, hernia discal, espondilosis lumbar, espondilolistesis, escoliosis, espondilolisis, estenosis espinal, fracturas vertebrales, lesiones traumáticas agudas o crónicas, etc. Pero la inmensa mayoría (90%), dada la ausencia de una causa aparente, se clasificará como inespecífica. Sin embargo, existen otras causas, las cuales, si bien son más raras, también pueden ser causantes de lumbalgia. Por lo tanto, deben entrar como diagnósticos diferenciales de acuerdo a la historia clínica del paciente y el examen físico; Dentro de ellos se encuentra la fibromialgia, síndrome piriforme, osteoartritis de cadera, tumores, infecciones, aneurisma aórtico, crisis de células falciformes, masa retroperitoneal, entre otras (10).

EVALUACIÓN

Uno de los objetivos de la evaluación de los pacientes con esta patología, consisten en identificar al pequeño grupo de pacientes que precisan de tratamiento específico o especializado, con el fin de evitar consecuencias graves. Esto se realiza principalmente mediante la utilización de la historia clínica y examen físico (11).

Respecto a la solicitud de estudios de gabinete, diversas guías concuerdan en que la mayoría de los pacientes no requieren de imágenes diagnósticas de primera instancia, las cuales solo están indicadas en caso de sospecha de causa específica de lumbalgia o ante la presencia de banderas rojas o datos de alarma. Esto debido a que, en la mayoría de los casos, los resultados no cambiarán el pronóstico o manejo durante la atención primaria. Por lo tanto, las decisiones sobre la realización de estudios diagnósticos adicionales, deben basarse en una combinación entre las características clínicas, sospecha clínica y las consecuencias de un diagnóstico tardío (11).

Importante mencionar, que en muchas ocasiones es el propio paciente quien solicita de estos estudios auxiliares, por lo que es de suma importancia otorgar asesoría y explicación clara que brinden tranquilidad en el paciente acerca de su patología (12).

Sin embargo, los médicos deben tener conocimiento sobre cuáles presentaciones son signos y síntomas de alarma, por lo que requieren de una evaluación adicional. Debido a que no reconocer estas condiciones de manera oportuna pueden conducir a diagnósticos erróneos, lo que resulta en resultados adversos para los pacientes (13).

Como se mencionó anteriormente, es preciso de una evaluación integral de todos los pacientes con dolor lumbar por medio de una historia clínica completa, evolución de la enfermedad actual, antecedentes médicos, sociales y familiares. Existen diversas banderas rojas descritas en la bibliografía, en la cuales, si el paciente las presenta estamos obligados a indagar más en el diagnóstico. Estas banderas rojas se consideran: Edad menor a 18 años, edad mayor a 50 años con dolor de nueva aparición, uso de anticoagulantes, fiebre, problemas genitourinarios como retención urinaria o disfunción sexual, inmunocompromiso, uso de drogas intravenosas, cirugía reciente o inyección epidural, trauma, regresión del tono del esfínter anal, hiperreflexia, hiporreflexia o arreflexia, debilidad muscular de las extremidades inferiores, anestesia en silla de montar, entre otros (13).

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a su cronicidad, la lumbalgia se puede clasificar:

- Aguda: Duración <6 semanas
- Subaguda: Duración de 6-12 semanas
- Crónica: Duración >12 semanas (14).

Así mismo, dentro de su evaluación, encontramos la clasificación diagnóstica del dolor lumbar, la cual lo divide en 3 principales categorías (12):

- Patología espinal específica: Correspondiente a menos del 1% de los casos en atención primaria, como fractura vertebral, malignidad, síndrome de cauda equina, etc.
- Síndrome radicular: representada por el 5-10% de los casos en atención primaria. Esta a su vez, la dividen en 3 subgrupos:
 - Dolor radicular: Representa un dolor más debilitante y está asociado con más consultas al médico de cabecera, mayor limitación funcional, incapacidad laboral, ansiedad, depresión y mayor reducción de la calidad de vida, así como elevación de los costos en la atención médica.
 - Radiculopatía: Disfunción de la raíz nerviosa, definida por debilidad de músculos inervados por esa raíz nerviosa y reflejo de estiramiento muscular hipoactivo.
 - Estenosis espinal: La cual suele ser degenerativa en pacientes mayores o adquirida/congénita en pacientes jóvenes.
- Lumbalgia inespecífica: Correspondiente al 90-95% de los casos en atención médica primaria.

Investigaciones han revelado un pronóstico favorable tanto en la lumbalgia inespecífica, como en el síndrome radicular con el tratamiento conservador. No siendo así en caso de patología espinal, la cual requiere valoración por especialista y tratamiento específico (12).

TRATAMIENTO

Lo primordial del tratamiento, consta en otorgar consejería y tranquilidad a los pacientes sobre su patología, ya que la mayoría tienen buen pronóstico y presenta un bajo riesgo de enfermedad grave (11).

El tratamiento va de acuerdo a la presentación clínica del paciente. Sin embargo, las medidas no farmacológicas son la medida de primera línea en la mayoría de los pacientes (15).

Las guías recomiendan el autocuidado, terapias físicas, psicológicas y algunas formas de medicina complementaria; poniendo menos énfasis en los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos. Las pautas fomentan los tratamientos que abordan los factores psicosociales y se centran en la mejoría de la función (15).

Lumbalgia aguda inespecífica:

- Tratamiento no farmacológico: Consejería para mantenerse activo, fisioterapias (Ej. calor, masajes, manipulación espinal).
- Tratamiento farmacológico: AINE, relajantes musculoesquelético, opiáceos débiles.

Lumbalgia inespecífica crónica o persistente

- Tratamiento no farmacológico: Programa de ejercicio, terapias psicológicas (Ej. terapia cognitiva-conductual), terapia multidisciplinar, terapias físicas (Ej. calor, masajes, manipulación espinal)
- Tratamiento farmacológico: AINE

Dolor radicular:

- Tratamiento no farmacológico: Ejercicio
- Tratamiento farmacológico: Opioides (Solo para rescate) (15).

CARGA DE LA ENFERMEDAD

Carga global de la enfermedad

La descripción y evaluación de la magnitud y distribución de enfermedades, reconociendo sus características específicas, son de importancia para establecer estrategias que permitan la mejora de la salud de la población (16).

La evaluación de la carga de enfermedad, combina las muertes prematuras que ocasionan los problemas de salud, con sus secuelas en término de discapacidad. Con ello, es posible identificar aquellos problemas de salud que si bien no son causa de muerte, son causa importante de morbilidad y discapacidades. Para el análisis de carga, se considera la participación de indicadores de la enfermedad como mortalidad, años de vida perdidos y años de vida productiva perdidos. El indicador de carga de enfermedad correspondiente a años de vida ajustados por discapacidad (DALY's), se constituye a partir de la suma de años de vida potencial perdidos debido a muerte prematura y los años de vida productiva perdidos por discapacidad (16,17).

El estudio Global Burden of Disease (GBD) nos ofrece un recurso para comprender los desafíos cambiantes de la salud por las que se enfrentan las personas en todo el mundo en el siglo XXI. De acuerdo al GBD en 2019, existía estimó un total de 568.4 millones de casos prevalentes de dolor lumbar en ese año, 223,5 millones de casos incidentes y 63,7 millones de años vividos con discapacidad en todo el mundo; correspondiendo a la principal causa de años vividos con discapacidad a nivel mundial. Pese a que la mayoría presentan niveles bajos de discapacidad, la sumatoria de estos pacientes, con aquellos con discapacidad grave, resultan en una carga social muy alta (18).

Este incremento general de la carga mundial del dolor lumbar, se debe en gran medida a la inversión de la pirámide poblacional, tanto en países de ingresos altos como en aquellos de ingresos bajos y medianos (17).

Carga de enfermedad en México

Así como en muchas partes del mundo, en México anteriormente se observaba que las enfermedades con mayor incidencia y causantes de mayor morbi-mortalidad, correspondían a las enfermedades transmisibles. Sin embargo, con el paso de los años y con la transición demográfica que actualmente está presentando el país, aunado a la transición epidemiológica; posiciona a las enfermedades no transmisibles como las principales causantes de morbilidad. De acuerdo a un informe publicado en 2018, se observaron diferencias de morbi-mortalidad por grupos de edad conforme avanzan los años. Sin embargo, las enfermedades no transmisibles son las que poseen un mayor impacto. En el año 2016, se incrementó la proporción de carga de enfermedad para DALY's por enfermedades no transmisibles a más del 50%, respecto al año 1990. Con respecto a la lumbalgia, también se observó un incremento de carga de enfermedad por DALYs, posicionándola en el número 11 y estimándose continuar su incremento debido al envejecimiento que está presentando la población mexicana (16).

COSTOS SOCIOECONÓMICOS

La lumbalgia es un problema de salud pública que afecta de forma frecuente a la población económicamente activa. El dolor lumbar crónico además de provocar discapacidad, consecuencias físicas y psicológicas para el paciente, también es generadora de importantes desafíos económicos (18).

Aunque las guías actuales recomiendan el establecimiento de medidas no farmacológicas y conservadoras para los pacientes con dolor lumbar, los costos asociados continúan siendo significativos (19).

En un estudio realizado en EE. UU donde se identificaron 2,498,013 pacientes con lumbalgia, se observó que, de estos, solo el 1.2% de los pacientes se sometieron a cirugía, lo que representó un costo de \$784 millones. Mientras tanto, en el resto correspondiente al 98.8% los costos fueron de \$1800 millones debido a que, aunque no se sometieron a cirugía, con frecuencia recibieron una atención que no concordaba con las guías clínicas para dolor lumbar (20).

En México, en un estudio realizado en 2013 donde se valoró el costo institucional del paciente con incapacidad temporal por lumbalgia crónica, se estimó que el costo total promedio por paciente corresponde a \$1744,08 USD (21).

De la misma manera, se realizó un estudio en Holanda donde evaluaron los factores predictivos de altos costos sociales entre pacientes con lumbalgia crónica, para el estudio se utilizaron los datos de 6,316 pacientes, encontrando la salud física deficiente, discapacidad funcional alta y calidad de vida relacionada con la salud baja, como factores predictivos de altos costos (22).

CALIDAD DE VIDA

De acuerdo con la OMS, calidad de vida es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. Esta se conforma por una serie de aspectos que se definen como objetivos, subjetivos y sociales. Dentro de los aspectos objetivos se encuentran las condiciones materiales de la persona, nivel de ingresos, vivienda, alimentación, vestido, seguridad social, educación, etc. Los aspectos subjetivos, corresponden a los elementos psíquicos como autoestima, autoconcepto, intimidad, emociones y salud percibida. Por otro lado, los aspectos sociales la conforman las políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales, etc. (23).

Respecto a la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), esta se centra en la evaluación del aspecto subjetivo de la salud percibida. Las dimensiones fundamentales que se evalúan son el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social. Para su evaluación, existen diversos instrumentos genéricos de medición, los cuales permiten hacer comparaciones del estado de salud entre pacientes con diferentes patologías y pueden utilizarse en casi todos los grupos de edad y población en general. Ejemplos de instrumentos de medición son el EuroQol, SF-36, SF-12, Perfil de consecuencias de la enfermedad (SIP), Perfil de salud de Nottingham Health Profile (NHP) y COOP/WONCA (24).

Si bien el dolor lumbar en la mayoría de los casos no representa un peligro para la vida, si amenaza la calidad de vida de las personas. En ausencia de diagnóstico y tratamiento efectivo, pueden surgir interacciones complejas entre el dolor lumbar crónico, identidad y los roles sociales, lo que genera un impacto diverso y generalizado de la patología con consecuencias psicológicas, físicas y sociales que afectan la vida de las personas (25).

Por ende, dentro de los objetivos de otorgar tratamiento a afecciones ortopédicas como el dolor lumbar, es mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto, la CVRS debe ser siempre considerada como resultado importante de investigaciones y ensayos clínicos relacionados al dolor lumbar (26).

Se han realizado diversos estudios para evaluar la calidad de vida en pacientes con lumbalgia, destacando que esta patología posee una relación inversamente proporcional con la calidad de vida de los pacientes. Dichos datos contribuyen a aumentar la conciencia entre la sociedad sobre la necesidad de políticas de prevención, diagnóstico temprano, manejo adecuado y rehabilitación con el fin de minimizar la carga asociada al dolor crónico (27).

De acuerdo a un estudio realizado, donde participaron un total de 1155 pacientes (439 mujeres, 716 hombres), se evaluó la calidad de los pacientes mediante el cuestionario SF-36. Los encuestados evaluaron todas las dimensiones de la CVRS con puntajes significativamente más bajos en comparación con la población sana, exceptuando el funcionamiento social. De acuerdo a los resultados del SF-36, los encuestados evaluaron su salud general con una media de 55.69 +/- 20.86 puntuaciones sobre 100, siendo la dimensión de vitalidad la valoración más baja. Así mismo, se encontró que la enfermedad a más largo plazo significó una menor calidad de vida relacionada con la salud y una mayor disminución de la función, a través de la puntuación Roland Morris (28).

Determinantes de calidad de vida

Agnus Tom, et al., en 2022, evaluó los determinantes de calidad de vida en pacientes con lumbalgia, logrando identificar en estos pacientes, los siguientes factores determinantes: Kinesiofobia, evitación del miedo o creencia en el dolor; factores relacionados con la ocupación como presentismo, absentismo y actividad física en el trabajo; dolor y discapacidad; poca actividad física; y otros factores psicológicos, como la ansiedad y mala calidad del sueño (29).

DISCAPACIDAD

La discapacidad es un fenómeno complejo y multifactorial; asociada a altos costos económicos. En el dolor lumbar crónico, la discapacidad funcional se puede explicar parcialmente por factores no relacionados con la enfermedad en sí, como factores psicosociales y profesionales, pudiendo imponer limitaciones personales, profesionales y familiares. Los pacientes que presentan dolor lumbar a menudo informan molestias físicas y limitaciones funcionales, así como bajos niveles de actividad física y disminución en la participación social (30).

Esto conlleva a limitación funcional en el desempeño de sus actividades cotidianas, lo que puede causar una alta prevalencia de incapacidad (31).

Un estudio realizado en hospital de Perú, observó que existe relación entre la cronicidad del dolor lumbar, ocupación ama de casa y el sexo femenino con el grado de discapacidad. Así mismo, en el estudio, el 82.35% presentaron discapacidad física de moderado a severo (31).

Existen diversos instrumentos para valorar el grado de incapacidad de los pacientes con dolor lumbar, de los cuales los más validados y utilizados corresponden al cuestionario Roland Morris y al cuestionario Oswestry (32).

El cuestionario Roland Morris es una escala validada para medir la discapacidad relacionada con el dolor lumbar, la cual consiste en una lista de 24 ítems que reflejan limitación en las diferentes actividades de la vida diaria. El cuestionario es llenado por el paciente quien tiene que indicar los elementos que presente, reflejando su estado actual. Los resultados oscilan entre 0 (Sin incapacidad) a 24 (Incapacidad máxima) (33).

ANTECEDENTES

Kovacs FM, et al. Realizaron un estudio de correlación entre dolor, discapacidad y calidad de vida en pacientes con lumbalgia, se incluyeron 195 pacientes y se les aplicaron cuestionarios previamente validados para determinar estas variables. Los resultados mostraron que las mejoras clínicamente relevantes de dolor, pueden conducir a cambios casi imperceptibles en la discapacidad y calidad de vida. Por lo tanto, estas variables deben evaluarse por separado para evaluar el efecto de cualquier tratamiento para el dolor lumbar. Así mismo, la influencia de dolor y discapacidad en la calidad de vida es inversamente proporcional (32).

Mutubuki EN, et al., en una investigación donde participaron un total de 6316 pacientes con dolor lumbar crónico, realizaron mediciones de severidad de dolor (Escala de calificación del dolor; rango 0-100), discapacidad (índice de Oswestry; rango 0-100), calidad de vida relacionada a la salud (EQ-SD-3L; RANGO 0-1) y costos sanitarios; evaluando relaciones longitudinales entre estas variables. Los resultados mostraron que los niveles más altos de dolor y discapacidad se relacionaron de manera estadísticamente significativa con una peor calidad de vida relacionada a la salud, costos sociales y de atención médica. La discapacidad tuvo una asociación más fuerte con todos los resultados en comparación con la severidad del dolor (33).

Texcucano-Rarrurez RF, et al. Elaboraron un estudio correlacional, transversal donde se incluyeron 243 adultos mayores con lumbalgia crónica en pacientes mayores de 65 años, Se evaluó la limitación funcional (índice Oswestry), calidad de vida (Cuestionario SF-36) e intensidad del dolor (EVA). En el SF-36, la calidad de vida promedio de los pacientes fue de 39.2, con una mayor afectación en el dominio de funcionamiento social. La limitación funcional fue mínima a moderada en 23.9% y severa a máxima en 76.1%. Hubo correlación negativa entre SF-36 y Oswestry, así como correlación negativa entre calidad de vida y grado de dolor (34).

Ceran y Ozcan, efectuaron un trabajo de investigación donde se incluyeron 84 pacientes, el objetivo del estudio fue determinar la relación del índice de calificación funcional con la discapacidad, dolor y calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar. Los resultados mostraron una fuerte correlación positiva entre el FRI y el cuestionario Roland Morris. A su vez, se evidenció una correlación estadísticamente significativa negativa entre el FRI con todos los dominios del SF-36 para valorar calidad de vida, concluyeron que los cambios en el estado funcional se relacionaron con la discapacidad, dolor y calidad de vida (35).

Thais Stefane y colaboradores, evaluaron el dolor percibido, discapacidad y calidad de vida de las personas con lumbalgia, con un total de 97 participantes, los resultados mostraron que la puntuación media de incapacidad de acuerdo al cuestionario Roland Morris fue de 14.4, de dolor de 5.4 pts y puntuación media de calidad de vida de 48.1 pts; con el dominio físico como el más deteriorado y fuertemente asociado al nivel de discapacidad que presentaron los pacientes (36).

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: En la actualidad, el dolor lumbar es una afección común, se estima que la mayoría de la población presentará al menos un episodio de lumbalgia en algún momento de su vida, siendo la prevalencia en población mexicana del 8.0%. Representando una causa importante de discapacidad.

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los temas prioritarios para el desarrollo de protocolos de investigación científica, contemplan los padecimientos musculoesqueléticos, incluida la lumbalgia, como áreas prioritarias de atención por nuestro sistema de salud.

Vulnerabilidad: Tras la realización de este estudio, se espera obtener un panorama sobre la relación entre la calidad de vida con el grado de incapacidad de los pacientes con lumbalgia, permitiendo contribuir a una mejora en su atención.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios autoadministrados, que serán aplicados a la población en estudio.

Trascendencia: Este padecimiento representa una carga social y económica muy alta, debido a que afecta frecuentemente a la población económicamente activa. Así mismo, posee grandes consecuencias físicas que pudiese condicionar un deterioro en la calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lumbalgia corresponde a un importante problema de salud pública a nivel mundial. Constituyendo al día de hoy, el trastorno musculoesquelético más frecuente a nivel mundial, así como una importante causa de años vividos con discapacidad. Así mismo, se prevé que esta prevalencia incremente debido a la transición demográfica que se está presentando en nuestro país.

Existe evidencia que tanto la intensidad del dolor, como la discapacidad, corresponden a fuertes determinantes de calidad de vida en las personas con lumbalgia. Sin embargo, investigaciones también sugieren que, incluso pacientes con lumbalgia que tienen niveles más bajos de dolor y discapacidad, también informaron una menor calidad de vida.

Actualmente, se busca la mejora de condiciones asociadas a la discapacidad de los pacientes, con el fin de incidir tanto en funcionalidad, como en calidad de vida de las personas, esto debido al impacto de la enfermedad en su vida cotidiana, desempeño laboral y productivo; con las repercusiones socioeconómicas que esto representa. Por estos hechos, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Identificar el tratamiento actual de los pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Examinar la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- Determinar el grado de incapacidad de los pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPÓTESIS

Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H_0)

- No existe relación entre calidad de vida y grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Hipótesis alterna (H_1)

- Existe relación entre calidad de vida y grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

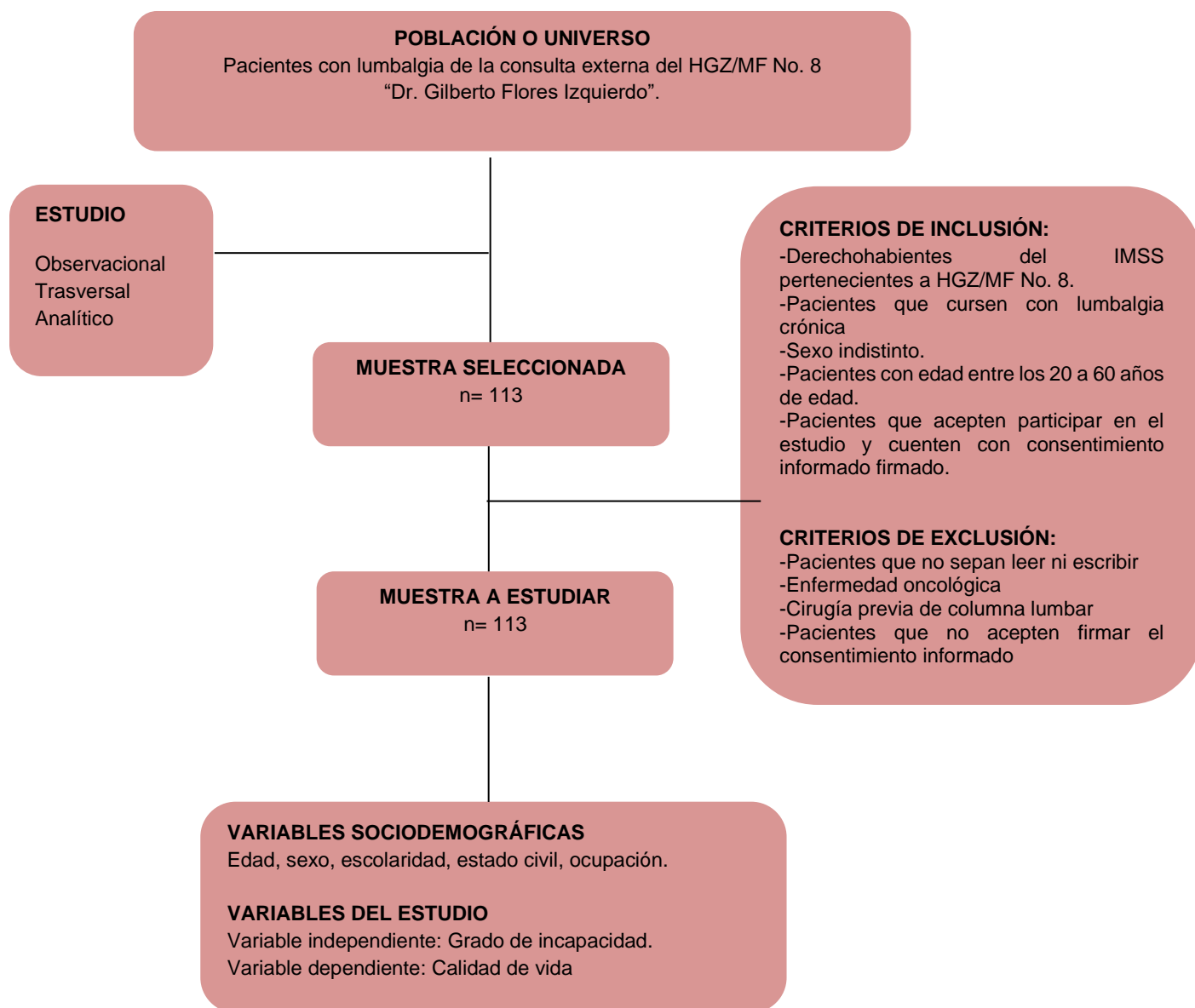
MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este es un estudio observacional, transversal, analítico

- a) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.
- b) **TRANSVERSAL:** Según el numero de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- c) **ANALÍTICO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

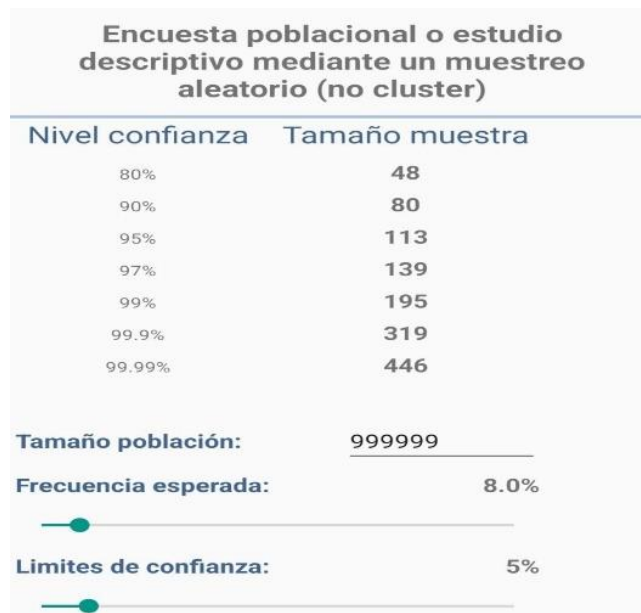


Elaboró: Claudia Alejandra Ruiz Carrillo

MUESTRA

Tomando en cuenta que el desenlace del siguiente estudio fue la relación entre calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”; se simplificó a un desenlace dicotómico y se utilizó la fórmula de cálculo de muestra de una proporción, asumiendo un alfa de 95%, y buscando una prevalencia del 8% con base al estudio de prevalencia realizado por Peláez Ballestas y colaboradores (6), con margen de error del 5%, por lo que se requirió encuestar a 113 pacientes con diagnóstico de lumbalgia para conocer el valor real de la relación.

El cálculo del tamaño de muestra se realizó empleando el software de dominio público Epi Info diseñado para la comunidad global de profesionales e investigadores dedicados a la salud pública por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica:



UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

POBLACIÓN UNIVERSO: Pacientes de sexo indistinto entre 20-60 años con lumbalgia que acudieron al HGZ/MF No. 8.

LUGAR: La investigación se realizó en el Hospital General de Zona No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” en la colonia Tizapán, alcaldía Álvaro Obregón.

TIEMPO: Pacientes con lumbalgia de la consulta externa del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, desde mayo 2021 a febrero 2023.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes al HGZ/MF No. 8.
- Pacientes que cursen con lumbalgia crónica.
- Sexo indistinto.
- Pacientes con edad entre los 20 a 60 años de edad.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Enfermedad oncológica.
- Cirugía previa de columna lumbar.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que contesten de forma inadecuada o incompleta el instrumento de evaluación.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- Tratamiento actual.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable independiente: Grado de incapacidad.
- Variable dependiente: Calidad de vida.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- Sexo: Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente; mujer u hombre.
- Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- Escolaridad: Nivel formal de educación alcanzado por un individuo.
- Ocupación: Forma en que una persona dedica su tiempo.

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- Tratamiento actual: Conjunto de medios (farmacológicos o no farmacológicos) que se utilizan para paliar o curar una enfermedad.

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Calidad de vida: Es la percepción del individuo que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida, entre otras causas.
- Grado de incapacidad: Nivel de pérdida de la capacidad de permanecer ocupado en actividades cotidianas, debido a limitaciones funcionales que causan las sensaciones dolorosas.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Edad	Cuantitativa	Años enteros	Discreta	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Hombre Mujer	Nominal	1.Hombre 2.Mujer
Estado civil	Cualitativa	Circunstancia que refiere el individuo que depende para cumplir sus derechos.	Nominal	1. Soltero 2. Casado/Unión libre 3. Divorciado/Viudo
Escolaridad	Cualitativa	Nivel educativo reportado por los pacientes mediante la encuesta.	Ordinal	1. Educación básica 2. Educación media superior 3. Educación superior
Ocupación	Cualitativa	Trabajo, empleo u oficio referido por el paciente	Nominal	1. Empleado 2. Estudiante 3. Hogar 4. Profesionista
Tratamiento actual	Cualitativa	Tratamiento actual para lumbalgia referido por el paciente	Nominal	1. Farmacológico 2. No farmacológico 3. Ambos 4. Ninguno
Calidad de vida	Cualitativa	La calidad de vida será evaluada mediante el cuestionario de salud SF 36.	Ordinal	1. Buena:>50 2. Mala: <50

Grado de incapacidad	Cuantitativa	El grado de incapacidad será evaluada mediante La puntuación obtenida con la aplicación test de Roland-Morris	Ordinal	0-24 puntos
----------------------	--------------	---	---------	-------------

Elaboró: Claudia Alejandra Ruiz Carrillo

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 25 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (Media, moda, mediana) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), además de medidas de distribución de frecuencias y porcentajes. Se realizaron pruebas de distribución de las variables. En el análisis bivariado se realizaron pruebas de asociación y correlación, tales como chi-cuadrado, U de Mann-Whitney, Kruskal Wallis y correlación de Spearman; considerando en todas un valor p significativo $<.05$.

El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia del 8%. La muestra a estudiar fue de 113 unidades de análisis donde los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Roland Morris y SF-36, los cuales están validados con un alfa de Chronbach 0.86 y 0.94, respectivamente.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Se realizó encuesta de recolección de datos universales, como nombre del paciente, edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación (Anexo 2).

CUESTIONARIO ROLAND-MORRIS (Anexo 3)

La escala Roland-Morris, es un instrumento autoadministrado, el cual está diseñado para ser usado especialmente en atención primaria. Se utiliza para determinar de manera fiable el grado de incapacidad física derivado de la lumbalgia.

El cuestionario consta de 24 ítems con dos opciones de respuesta (Si-No) sobre cómo el dolor lumbar afecta las actividades funcionales; cada pregunta equivale a un punto, por lo que los valores oscilan entre 0 (ausencia de incapacidad por lumbalgia) y 24 (máxima incapacidad posible). Se estima, que las puntuaciones de cambio significativas, corresponden alrededor de 5 puntos.

Este instrumento de evaluación en su versión en español posee un alfa de Cronbach de 0.86.

ESCALA SF-36 (Anexo 4)

El SF-36 es un instrumento diseñado para la población general para determinar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), el cual, cuenta con un alfa Cronbach 0.94.

El cuestionario está diseñado para ser autoadministrado, administrado vía telefónica o durante entrevista cara cara con encuestados de 14 años o más. Consta de 36 ítems agrupadas en 8 dominios que evalúa funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (CD), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), rol emocional (RE), salud mental (SM) y tiene un elemento adicional que evalúa el estado de salud comparado con el año anterior. Las opciones de respuesta son tipo Likert, donde el número varía de 2 a 6.

El cuestionario tiene las siguientes características métricas: Las preguntas o ítems que se respondieron con 3 opciones de respuestas: se puntuaron con los valores 0-50-100; las que tuvieron 5 opciones de respuestas: 0-25-50-75-100; con 6 opciones de respuestas: 0-20-40-60-80-100. Los 36 ítems tienen categorías con un recorrido de 0 a 100 (De la peor, a la mejor calidad posible). Para la obtención de resultados, se calculó un algoritmo para la transformación para obtener una media de 50, así puntuaciones mayores a 50 o menores a 50, tienen una mejor o peor calidad de vida, respectivamente.

METODO DE RECOLECCION

Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/MF No. 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación, la recolección de datos se llevó a cabo dentro del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, donde se identificaron en la consulta externa a pacientes derechohabientes de la unidad, que presentaran lumbalgia (De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión) durante un tiempo de espera de la consulta externa del turno matutino y vespertino. Se explicó a los pacientes sobre el proyecto de investigación y previa conformidad y firma de consentimiento informado para participar en el estudio, se procedió a la entrega de la hoja para recabar datos sociodemográficos, cuestionario Roland Morris de respuestas dicotómicas y cuestionario SF-36 de respuestas tipo Likert, proporcionando un tiempo para resolver los cuestionarios de 20 minutos para concluirlo.

Posteriormente, se llevó a cabo la recolección de las encuestas y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar su análisis y aplicación de pruebas estadísticas en el programa SPSS 25.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos se sometió a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se eligieron grupos representativos con base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicaron los instrumentos cuestionario de Roland-Morris y cuestionario SF-36, los cuales están validados con un alfa de Cronbach de 0.86 y 0.94, respectivamente.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 25 de Windows, que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.

PRUEBA PILOTO

- Se utilizará para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizará prueba piloto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TITULO DEL PROYECTO:
 RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE INCAPACIDAD EN PACIENTES CON LUMBALGIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE
 MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

MARZO 2021- FEBRERO 2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
TITULO	X	X										
ANTECEDENTES			X	X	X							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						X						
OBJETIVOS							X	X				
HIPOTESIS								X				
PROPOSITOS									X			
DISEÑO METODOLOGICO										X	X	
ANALISIS ESTADISTICO											X	
CONSIDERACIONES ETICAS												X

(PENDIENTE + /APROBADO X)

MARZO 2022- FEBRERO 2023

FECHA	MAR 2022	ABR 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2022	OCT 2022	NOV 2022	DIC 2022	ENE 2023	FEB 2023
RECURSOS	X	X										
BIBLIOGRAFIA			X	X	X							
ASPECTOS GENERALES						X	X	X				
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS									X			
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO									X			
RECOLECCION DE DATOS									X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES												X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												

(PENDIENTE + /APROBADO X)

Elaboró: Claudia Alejandra Ruiz Carrillo
 Lucía Sandoval Ibarra
 Eduardo Vilchis Chaparro
 Nelida Yudith Ruiz Carrillo

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador: Claudia Alejandra Ruiz Carrillo.
- Director de protocolo: Lucía Sandoval Ibarra.
- Aplicador de encuestas. Claudia Alejandra Ruiz Carrillo.
- Recolector de datos: Claudia Alejandra Ruiz Carrillo.
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro.
- Asesor clínico: Nelida Yudith Ruiz Carrillo.

Físicos:

- Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en el área de consulta externa.

Materiales:

- Instrumento de evaluación Cuestionario Roland-Morris y Cuestionario SF-36.
- Computadora PC.
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias.

Financieros:

- Los gastos generados en este estudio se llevaron a cabo con recursos propios de la residente en Medicina Familiar Claudia Alejandra Ruiz Carrillo.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	11,000
	Impresora	1	1,500
	Tinta para impresora	1	1.000
	Hojas blancas	800	500
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
		Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		23880

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los pacientes.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todo paciente que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RESULTADOS

Se estudió a 113 pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, la media de edad fue de 45.58 años, con una mediana de 48 años y moda de 50 años. Además, cuenta con una desviación estándar de ± 10.72 años, varianza de 114.94, un rango de edad de 39 años, un valor mínimo de 21 años y un valor máximo de 60 años.

De acuerdo al sexo de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No. 8, se estudió un total de 46 (40.7%) hombres y 67 (59.3%) mujeres. (Ver tabla y gráfico 1)

En la sección rango de edad se estudió 14 (12.4%) entre 20 a 30 años de edad, 23 (20.4%) entre 31 a 40 años de edad, 30 (26.5%) entre 41 a 50 años de edad y 46 (40.7%) de 51 a 60 años de edad. (Ver tabla y gráfico 2)

En cuanto al estado civil, se reportó 18 (15.9%) solteros, 75 (66.4%) casado/unión libre, 20 (17.7%) divorciados/viudos. (Ver tabla y gráfico 3)

En el apartado de escolaridad, 50 (44.2%) contaban con educación básica, 36 (31.9%) con educación media superior y 27 (23.9%) con educación superior. (Ver tabla y gráfico 4)

En lo referente a la ocupación, se evidenció 66 (58.4%) empleados, 4 (3.5%) estudiantes, 24 (21.2%) Hogar y 19 (16.8%) profesionistas. (Ver tabla y gráfico 5)

Respecto al tratamiento actual, 63 (55.8%) contaban con tratamiento farmacológico, 10(8.8%) tratamiento no farmacológico, 27 (23.9%) ambos y 13 (11.5%) con ningún tratamiento. (Ver tabla y gráfico 6)

GRADO DE INCAPACIDAD

Se encontró que, en el grado de incapacidad de los pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8, la media fue de 10.29 puntos, con una mediana de 10 puntos y moda 4 puntos, cuenta con una desviación estándar de ± 5.44 puntos, varianza de 29.63, rango de 20 puntos, un valor mínimo de 1 y un máximo de 21 puntos.

En la categoría de sexo y grado de incapacidad, al aplicar la prueba *U* de Mann-Whitney, se observó diferencias estadísticamente significativas donde las puntuaciones de los hombres fueron menores que el de las mujeres ($p=.014$).

Respecto a la edad en rangos y grado de incapacidad realizado mediante la prueba Kruskal Wallis, no se identificó diferencias estadísticamente significativas ($p=.081$).

En lo referente a estado civil y grado de incapacidad, los resultados de la prueba Kruskal Wallis, no identificó diferencias estadísticamente significativas ($p=.20$).

En la sección de escolaridad y grado de incapacidad, el resultado de la prueba Kruskal Wallis, identificó diferencias entre las categorías ($p<.001$). Donde, el análisis post hoc, mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grado de incapacidad en pacientes con educación superior y educación básica ($p<.001$).

En la valoración de ocupación y grado de incapacidad, el resultado de la prueba Kruskal Wallis identificó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=.012$). Sin embargo, el análisis post hoc no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las categorías.

Respecto al tratamiento actual y grado de incapacidad, el resultado de la prueba Kruskal Wallis identificó diferencias entre los grupos ($p=.017$). Reportando en el análisis post hoc diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con tratamiento no farmacológico, respecto a los pacientes sin tratamiento ($p=.013$).

CALIDAD DE VIDA

En la calidad de vida de pacientes con lumbalgia, se objetivó: una media de 59.13 puntos, mediana de 60.27 puntos, moda de 46.67 puntos, desviación estándar ± 17.54 puntos, varianza 307.81, rango de 66.67 puntos, un valor mínimo de 29.17 y un máximo de 95.83 puntos.

De acuerdo a la calidad de vida de pacientes con lumbalgia, 69 (61.1%) reportó buena calidad de vida y 44 (38.9%) una mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 7)

En la categoría sexo y calidad de vida en pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, se visualizó que el sexo masculino 33 (47.8%) tienen buena calidad de vida y 13 (29.5%) mala calidad de vida. Mientras que el sexo femenino 36 (52.2%) presentan buena calidad de vida, 31 (70.5%) con mala calidad de vida. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se encontró $p=0.054$. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney, se observaron diferencias estadísticamente significativas, donde las puntuaciones de los hombres fueron mayores que el de las mujeres, ($p=.015$). (Ver tabla y gráfico 8)

En el apartado rango de edad y calidad de vida con el cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No. 8, se observó: rango de edad 20-30 años: 14 (20.3%) con buena calidad de vida; entre 31-40 años: 18 (26.1%) con buena calidad de vida, 5 (11.4%) mala calidad de vida; entre 41-50 años: 20 (29%) con buena calidad de vida, 10 (22.7%) mala calidad de vida y en el grupo de 51-60 años: 17 (24.6%) buena calidad de vida y 29 (65.9%) con mala calidad de vida. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se encontró $p<.001$. Los resultados de la prueba Kruskal Wallis identificó efecto de la edad en rangos sobre la calidad de vida ($p<.001$), por lo que se realizó un análisis post hoc, el cual mostró diferencias estadísticamente significativas entre el rango 51-60 años, respecto al rango de 20-30 años ($p<.001$) y 31-40 años ($p=.005$). A su vez, se observaron diferencias entre el grupo de 41-50 años, respecto al rango de 20-30 años ($p=.025$). (Ver tabla y gráfico 9).

En el módulo de estado civil y calidad de vida con el cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, se analizó lo siguiente: soltero 16 (23.2%) con buena calidad de vida, 2 (4.5%) mala calidad de vida. Casado o en unión libre: 44 (63.8%) con buena calidad de vida, 31 (70.5%) mala calidad de vida. Divorciado o viudo 9 (13%) con buena calidad de vida y 11 (25%) con mala calidad de vida. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se encontró $p=0.016$. Los resultados de la prueba Kruskal Wallis identificó diferencias entre el estado civil sobre la calidad de vida ($p<.006$), donde el análisis post hoc llevados a cabo, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de solteros, respecto divorciados/viudos ($p=.008$) y casados/unión libre ($p=.016$). (Ver tabla y gráfico 10).

Respecto a la escolaridad y calidad de vida con el cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, se analizó lo siguiente: educación básica: 19 (27.5%) buena calidad de vida, 31 (70.5%) mala calidad de vida. Media superior: 26 (37.7%) con buena calidad de vida, 10 (22.7%) mala calidad de vida. Educación superior: 24 (34.8%) con buena calidad de vida, 3 (6.8%) mala calidad de vida. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se encontró $p < .001$. Los resultados de la prueba Kruskal Wallis identificó diferencias entre la escolaridad sobre la calidad de vida, ($p < .001$). Por lo que se realizó análisis post hoc entre escolaridad y calidad de vida, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con educación básica, respecto a los pacientes con educación media superior ($p = .010$) y educación superior ($p < .001$). (Ver tabla y gráfico 11).

En la valoración de la ocupación y calidad de vida con el cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, se observó lo siguiente: Empleado 36 (52.2%) con buena calidad de vida, 30 (68.2%) mala calidad de vida. Estudiante, 4 (5.8%) con buena calidad de vida, 0 (0%) mala calidad de vida. Dedicados al hogar, 12 (17.4%) con buena calidad de vida, 12 (27.3%) con mala calidad de vida. Mientras que los profesionistas, 17 (24.6%) con buena calidad de vida y 2 (4.5%) mala calidad de vida. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se encontró $p = 0.010$. Los resultados de la prueba Kruskal Wallis identificó diferencias de la ocupación sobre la calidad de vida, ($p < .001$). Donde, tras el análisis, se observó que el grupo de dedicados al hogar obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de profesionistas ($p = .025$) y estudiantes ($p < .032$). Así mismo, se encontró diferencia entre empleados y estudiantes ($p = .042$). (Ver tabla y gráfico 12).

Para el rubro de tratamiento actual y calidad de vida con el cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, se observó lo siguiente: Tratamiento farmacológico 39 (56.5%) con buena calidad de vida, 24 (54.5%) mala calidad de vida. No farmacológico, 8 (11.6%) con buena calidad de vida, 2 (4.5%) mala calidad de vida. Ambos tratamientos, 16 (23.2%) con buena calidad de vida, 11 (25%) con mala calidad de vida. Mientras que los que no tenían tratamiento, 6 (8.7%) con buena calidad de vida y 7 (15.9%) mala calidad de vida. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se encontró $p = 0.427$. Los resultados de la prueba Kruskal Wallis no identificó diferencias estadísticamente significativas del tratamiento actual sobre la calidad de vida, ($p = .154$). (Ver tabla y gráfico 13).

Escalas cuestionario SF-36

De acuerdo a la calificación de la escala de función física del cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia, se identificó una media de 61.20 puntos, mediana de 65 puntos, moda de 85 puntos, desviación estándar de ± 21.16 puntos, varianza 447.85, rango de 75 puntos, un valor mínimo de 25 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14)

En la calificación del rol físico del Cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia, se obtuvo una media de 51.55 puntos, mediana de 50 puntos, moda de 50 puntos, desviación estándar de ± 26.785 puntos, varianza de 717.446 puntos, rango de 100 puntos, un valor mínimo de 0 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14)

Respecto al rol emocional del Cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia, mostro: una media de 58.11 puntos, mediana de 66.667 puntos, moda de 66.667 puntos, desviación estándar de ± 26.643 puntos, varianza de 709.896 puntos, rango de 100 puntos, un valor mínimo de 0 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14)

En la calificación de vitalidad del Cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia, se encontró: una media de 57.04 puntos, mediana de 55 puntos, moda de 40 puntos, desviación estándar de ± 17.686 puntos, varianza de 312.784 puntos, rango de 70 puntos, un valor mínimo de 25 y un máximo de 95 puntos. (Ver tabla 14)

Referente a la escala de salud mental del Cuestionario SF-36 aplicado a pacientes con lumbalgia, se obtuvo: una media de 62.04 puntos, mediana de 60 puntos, moda de 52 puntos, desviación estándar de ± 17.672 puntos, varianza de 312.284 puntos, rango de 68 puntos, un valor mínimo de 32 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14)

En la función social del Cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia se encontró: una media de 76.02 puntos, mediana de 90 puntos, moda de 90 puntos, desviación estándar de ± 26.408 puntos, varianza de 697.393 puntos, rango de 90 puntos, un valor mínimo de 10 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14)

El Cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia en su escala de dolor corporal, mostro: una media de 53.65 puntos, mediana de 55 puntos, moda de 45 puntos, desviación estándar de ± 22.087 puntos, varianza de 487.839 puntos, rango de 90 puntos, un valor mínimo de 10 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14).

En la percepción de salud general del Cuestionario SF-36 aplicado en pacientes con lumbalgia, se identificó: una media de 58.60 puntos, mediana de 55 puntos, moda de 45 puntos, desviación estándar de ± 19.421 puntos, varianza de 377.170 puntos, rango de 70 puntos, un valor mínimo de 30 y un máximo de 100 puntos. (Ver tabla 14).

CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE INCAPACIDAD

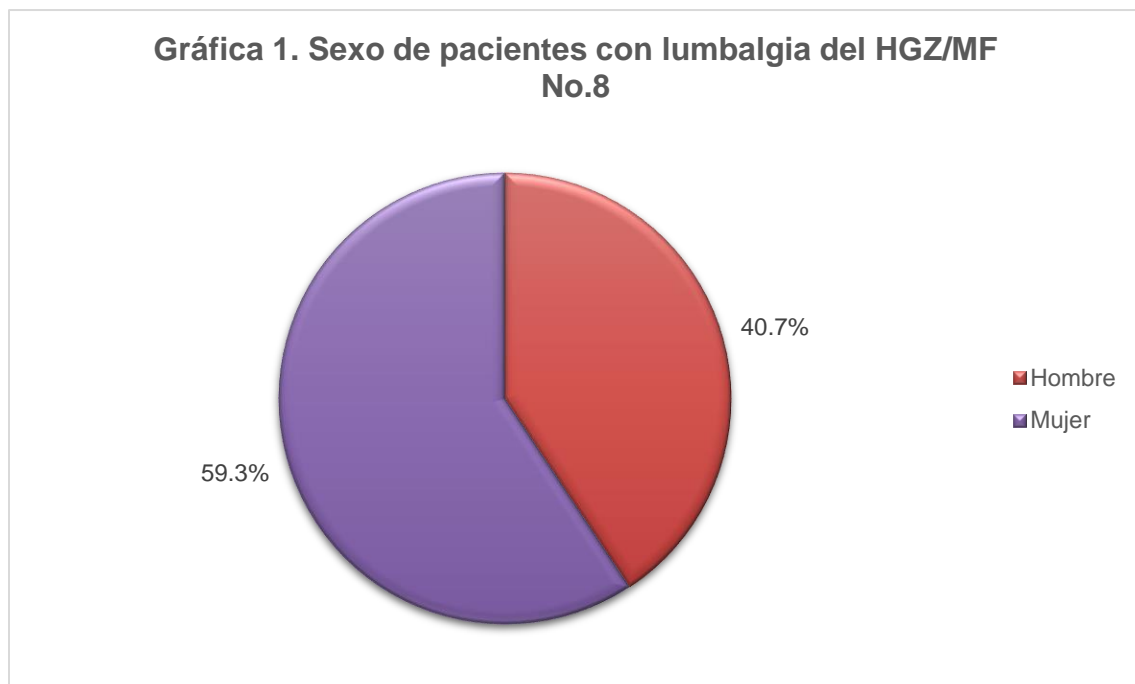
Los resultados de la correlación entre calidad de vida y grado de incapacidad, fue correlación negativa muy alta con un valor de $\rho = -.851$, $p < .001$. (Ver tabla y gráfica 15)

Por otra parte, en las diferentes escalas de calidad de vida del cuestionario SF-36, se encontró: correlación negativa muy alta entre grado de incapacidad y función física, con un valor de $\rho = -.826$, $p < .001$. Entre rol funcional y grado de incapacidad, correlación negativa alta, con un valor $\rho = -.660$, $p < .001$. Entre rol emocional y grado de incapacidad, correlación negativa baja, con un valor $\rho = -.347$, $p < .001$. Entre vitalidad y grado de incapacidad, correlación negativa muy alta con $\rho = -.812$ y $p < .001$. Entre salud mental y grado de incapacidad, correlación negativa alta, con $\rho = -.674$, $p < .001$. Entre función social y grado de incapacidad, correlación negativa moderada, con valor de $\rho = -.416$, $p < .001$. Entre dolor corporal y grado de incapacidad, correlación negativa alta, con $\rho = -.798$, $p < .001$. Entre salud general y grado de incapacidad, correlación negativa alta, con $\rho = -.777$, $p < .001$. (Ver tabla 15).

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Sexo de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombre	46	40.7
Mujer	67	59.3
Total	113	100.0

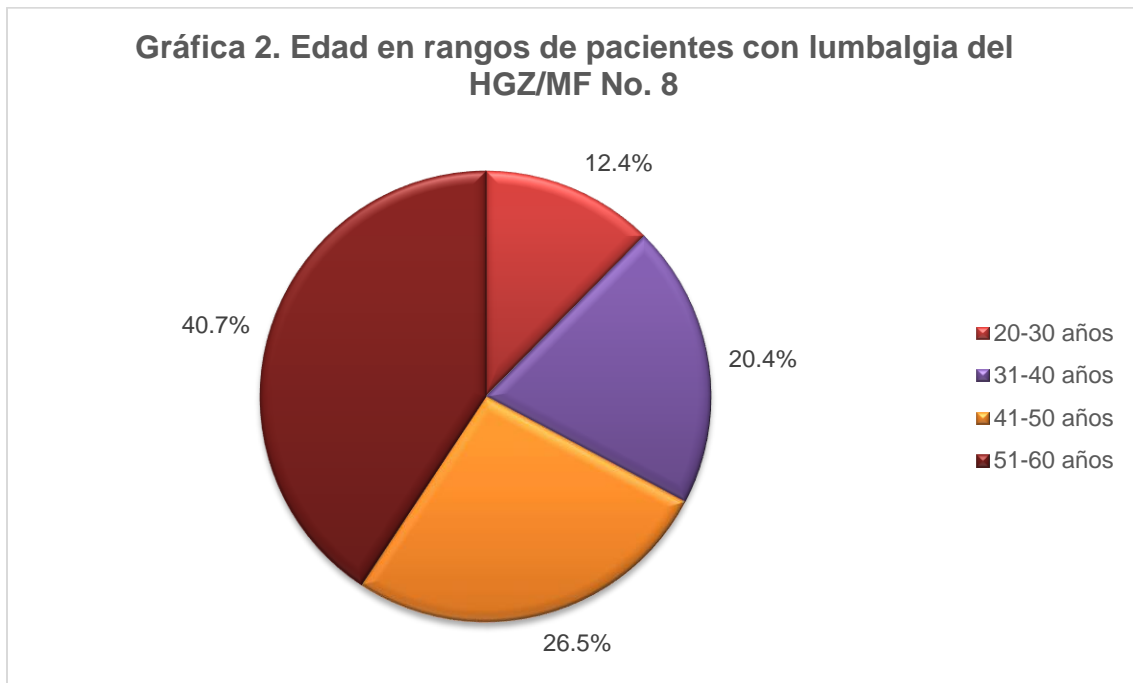
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.



Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 2. Edad en rangos de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No. 8		
Edad en rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
20-30 años	14	12.4
31-40 años	23	20.4
41-50 años	30	26.5
51-60 años	46	40.7
Total	113	100

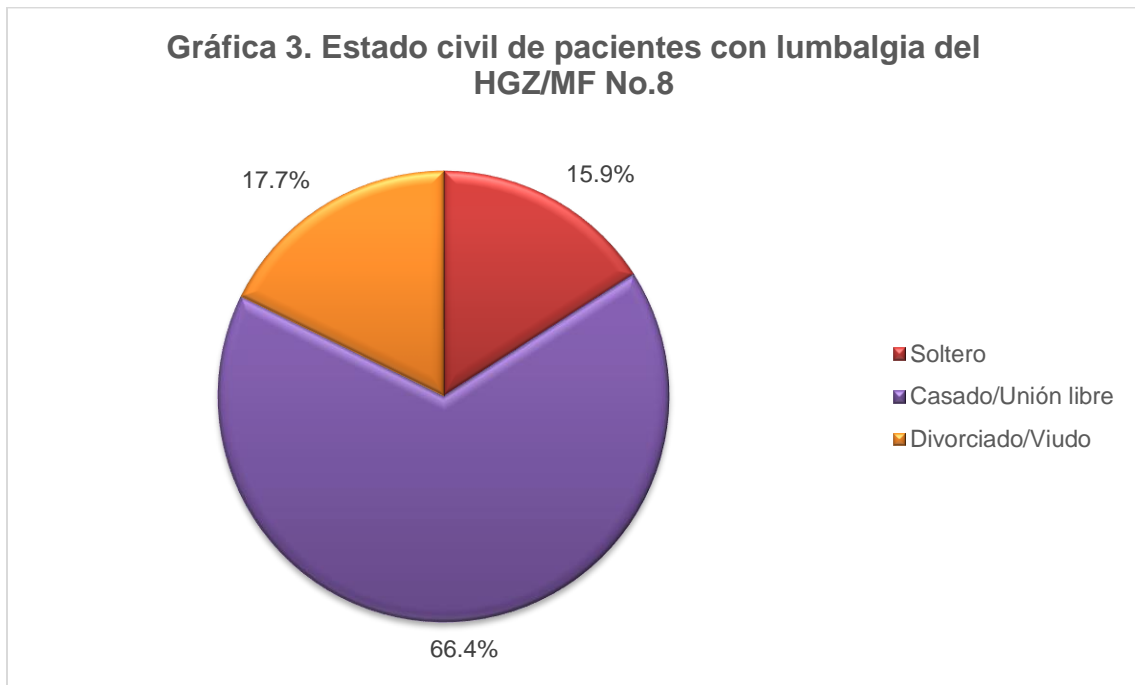
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.



Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 3. Estado civil de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	18	15.9
Casado/Unión libre	75	66.4
Divorciado/Viudo	20	17.7
Total	113	100

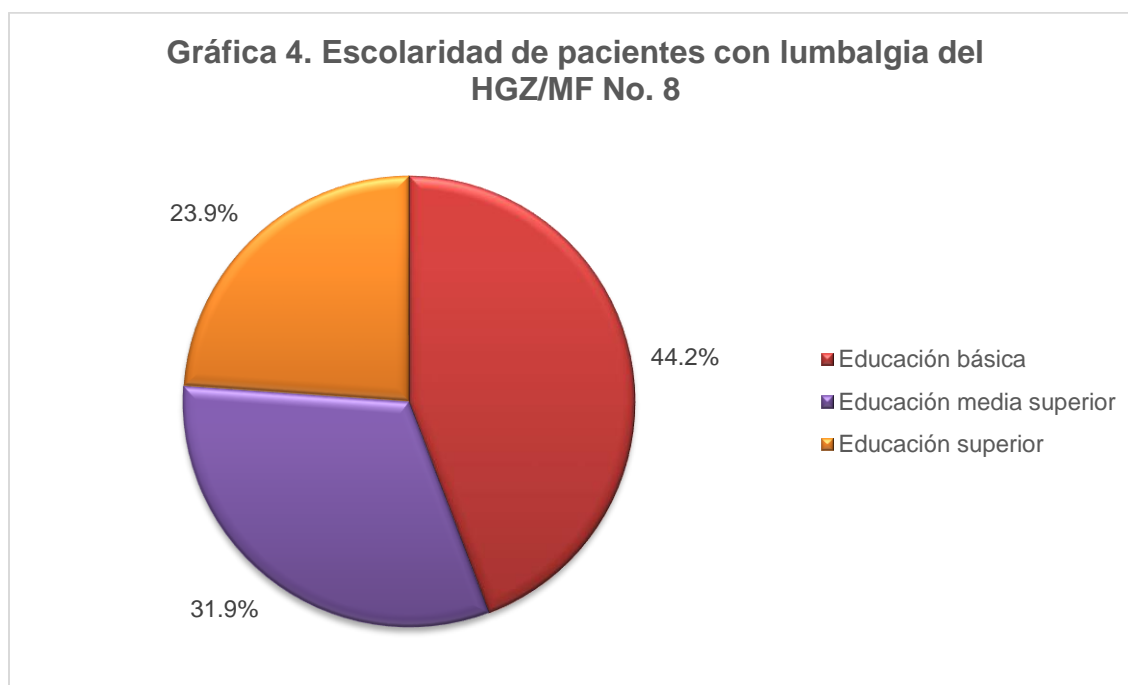
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.



Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 4. Escolaridad de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No. 8		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Educación básica	50	44.2
Educación media superior	36	31.9
Educación superior	27	23.9
Total	113	100

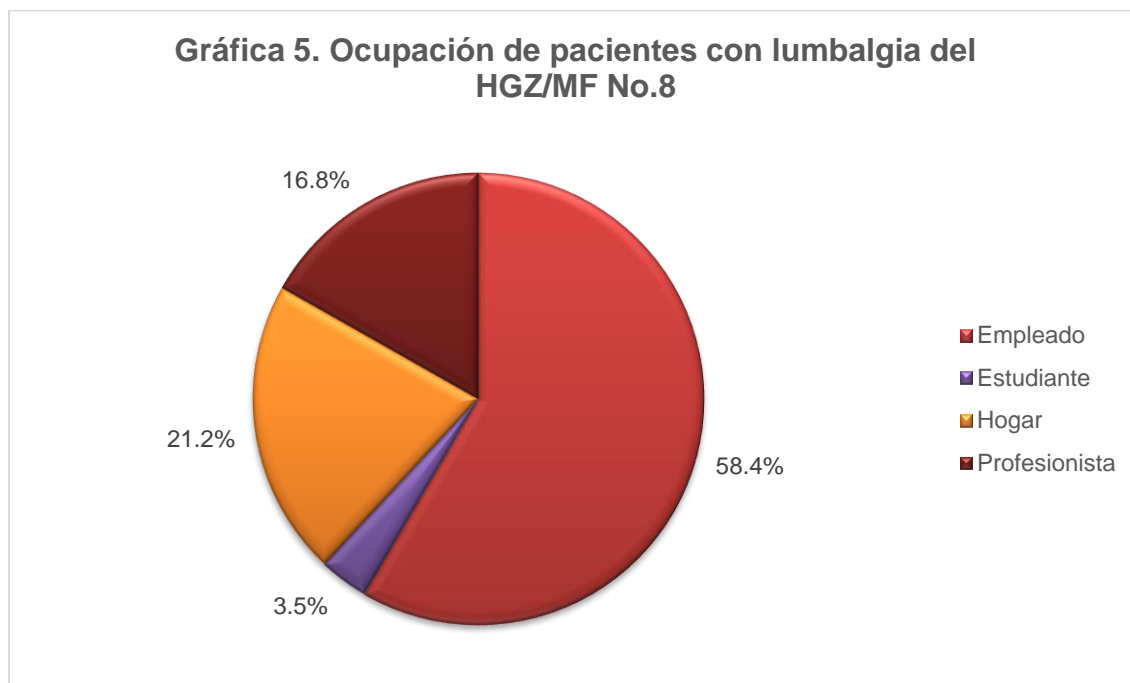
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.



Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 5. Ocupación de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	66	58.4
Estudiante	4	3.5
Hogar	24	21.2
Profesionista	19	16.8
Total	113	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.



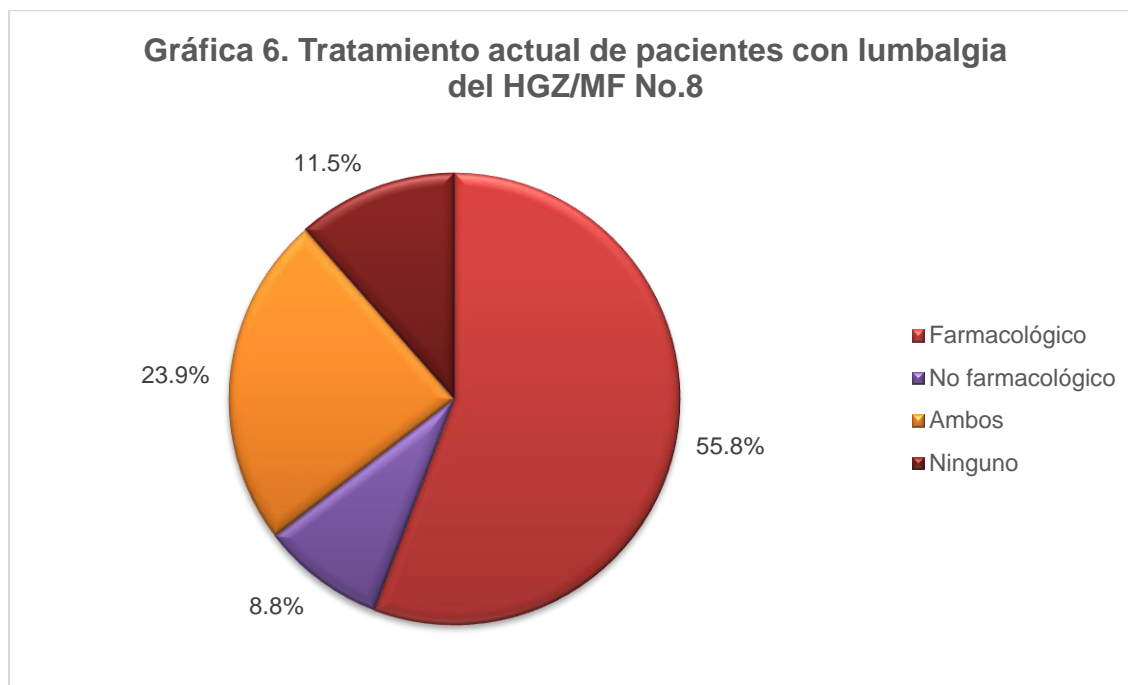
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 6. Tratamiento actual de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Tratamiento actual	Frecuencia	Porcentaje (%)
Farmacológico	63	55.8
No farmacológico	10	8.8
Ambos	27	23.9
Ninguno	13	11.5
Total	113	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 6. Tratamiento actual de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



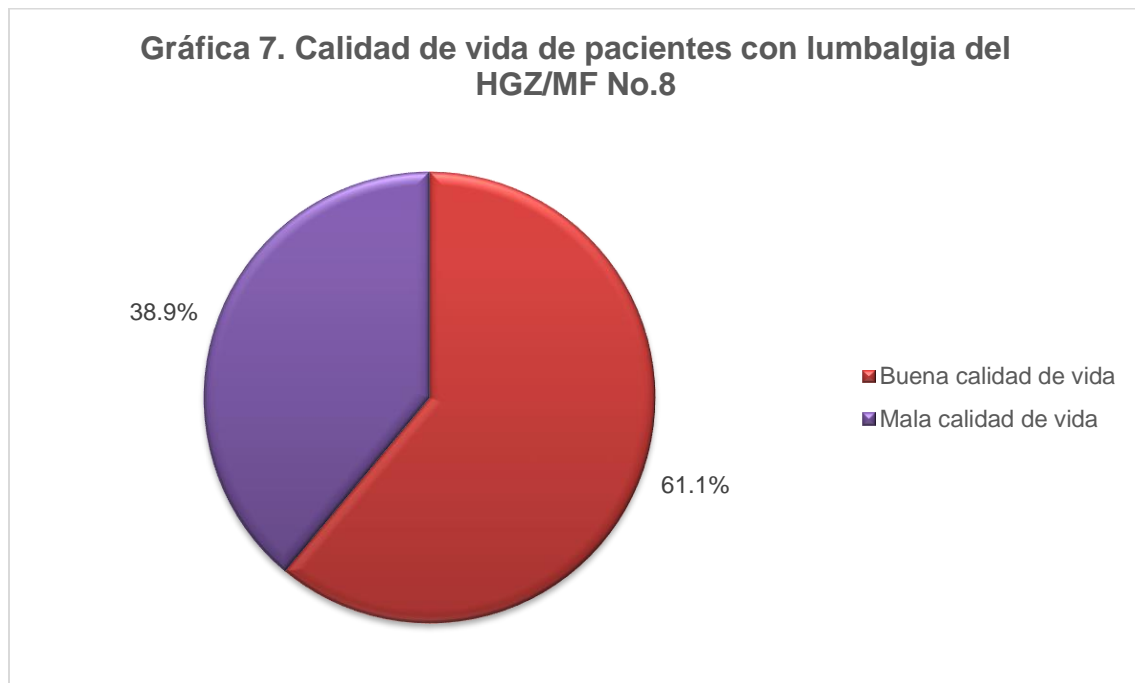
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 7. Calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena calidad de vida	69	61.1
Mala calidad de vida	44	38.9
Total	113	100.0

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 7. Calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



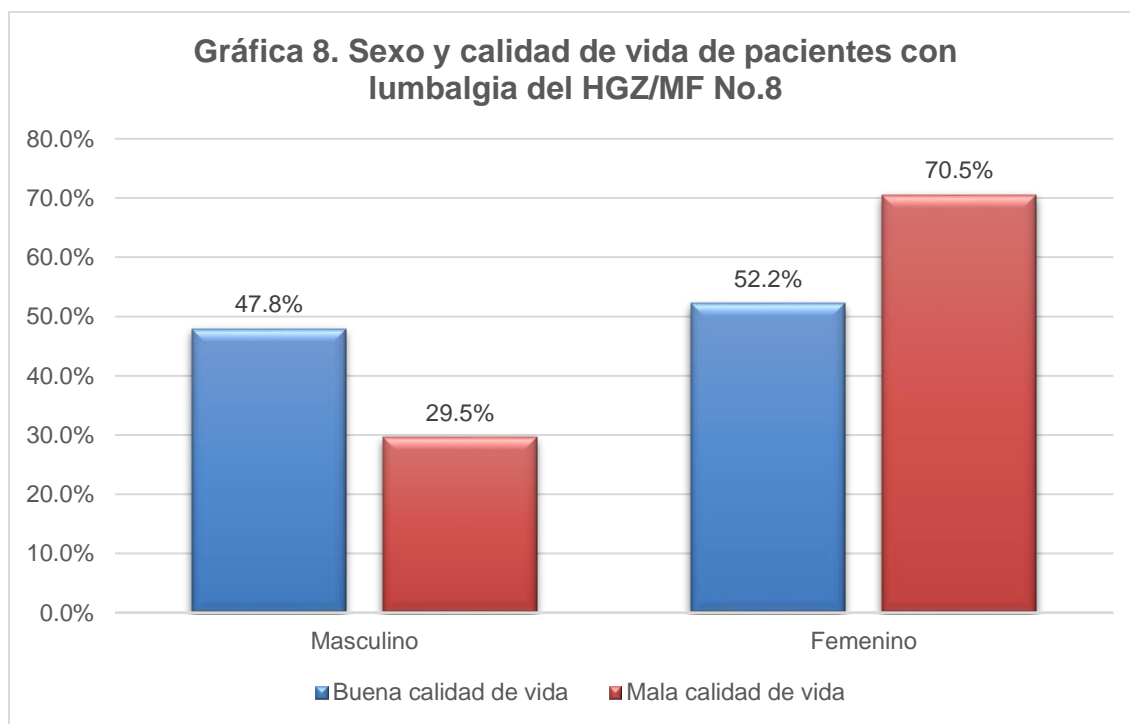
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 8. Sexo y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Sexo	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	Frec	%	Frec	%
Hombre	33	47.8	13	29.5
Mujer	36	52.2	31	70.5
Total	69	100	44	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 8. Sexo y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



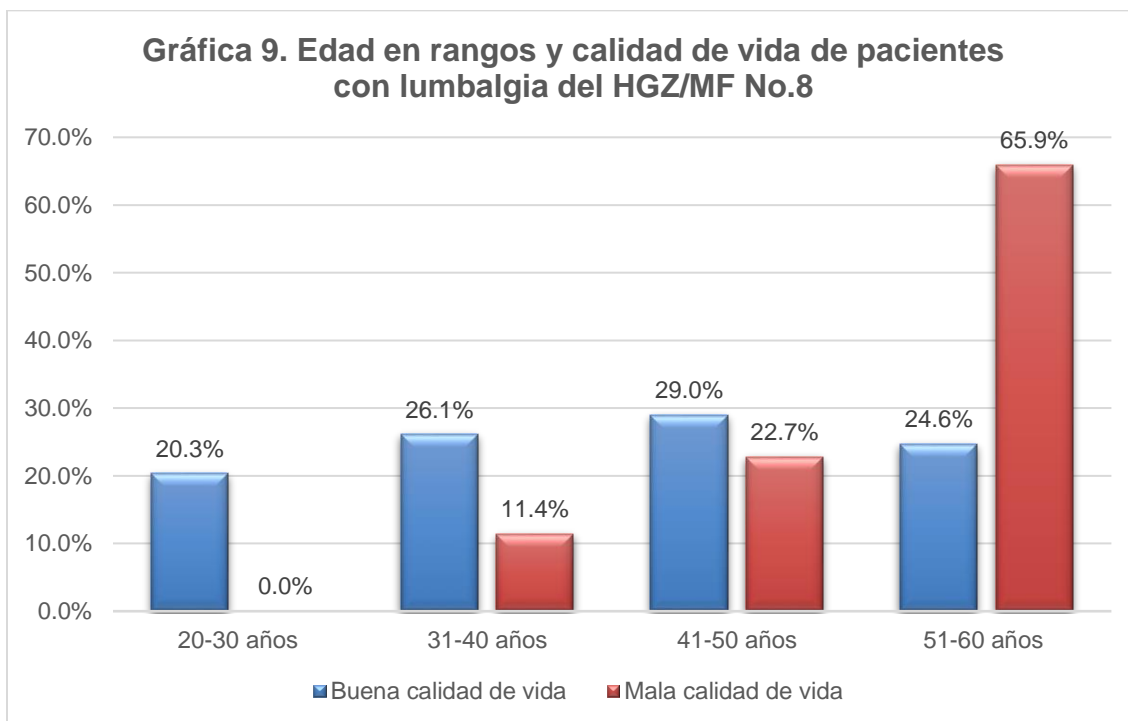
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 9. Edad en rangos y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Edad en rangos	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	Frec	%	Frec	%
20-30 años	14	20.3	0	0
31-40 años	18	26.1	5	11.4
41-50 años	20	29	10	22.7
51-60 años	17	24.6	29	65.9
Total	69	100	44	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 9. Edad en rangos y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



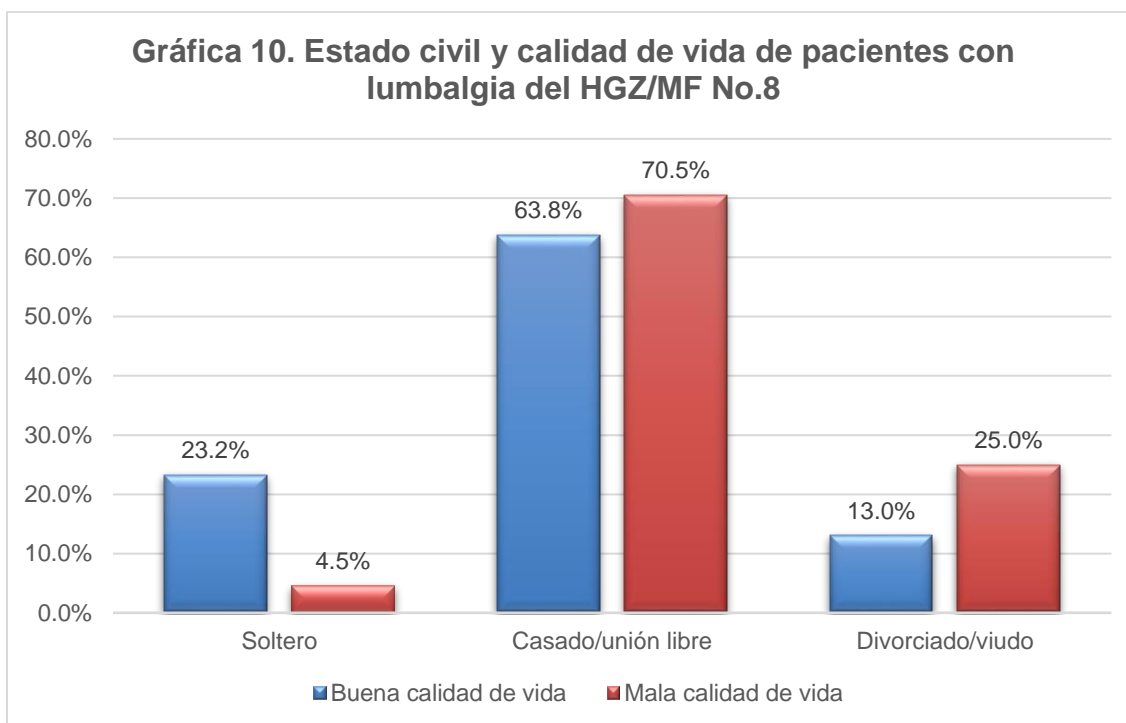
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 10. Estado civil y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Estado civil	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	Frec	%	Frec	%
Soltero	16	23.2	2	4.5
Casado/unión libre	44	63.8	31	70.5
Divorciado/viudo	9	13	11	25
Total	69	100	44	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 10. Estado civil y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



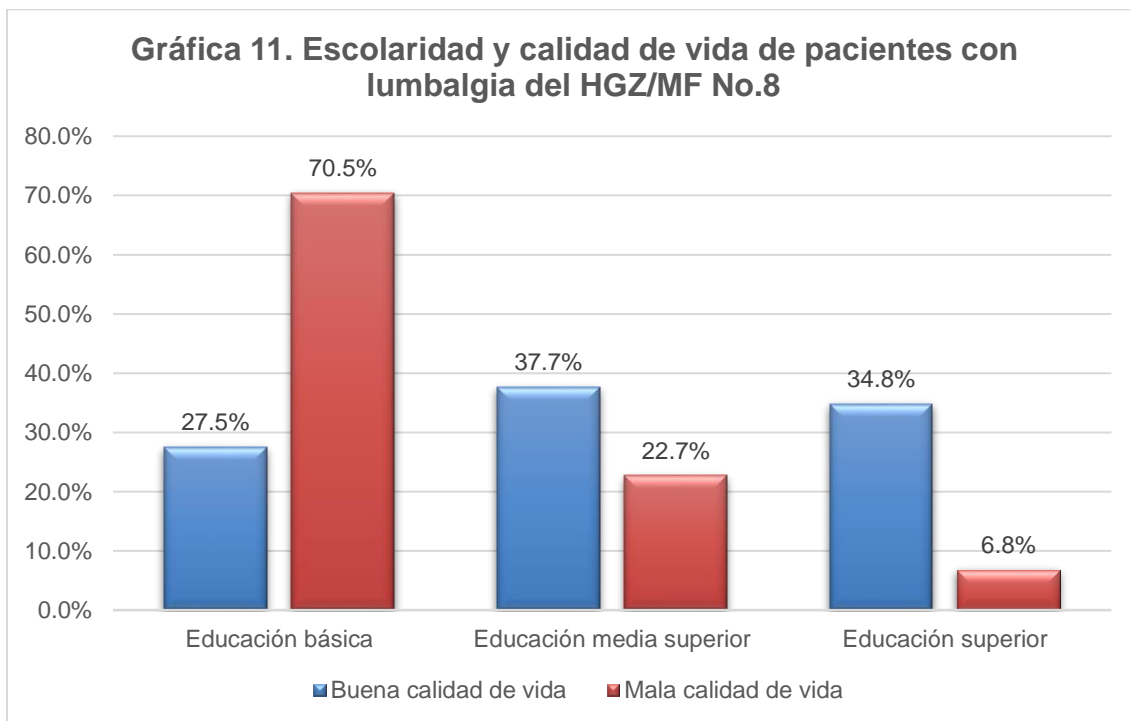
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 11. Escolaridad y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Escolaridad	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	Frec	%	Frec	%
Educación básica	19	27.5	31	70.5
Educación media superior	26	37.7	10	22.7
Educación superior	24	34.8	3	6.8
Total	69	100	44	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 11. Escolaridad y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



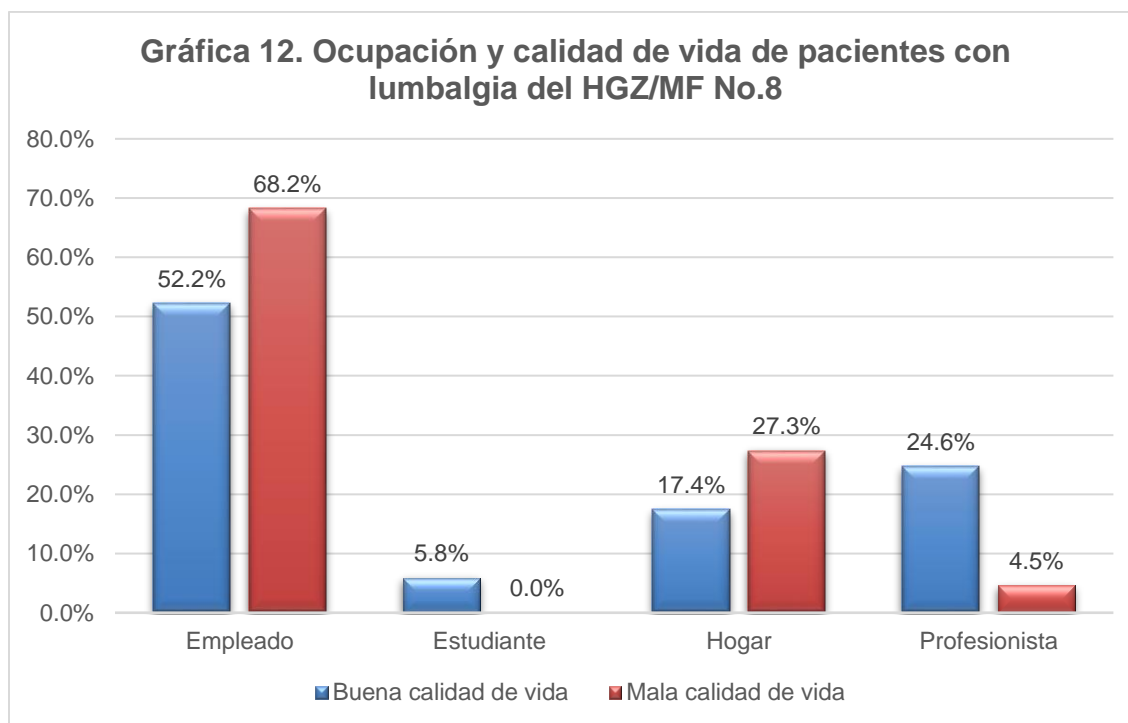
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 12. Ocupación y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Ocupación	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	Frec	%	Frec	%
Empleado	36	52.2	30	68.2
Estudiante	4	5,8	0	0
Hogar	12	17.4	12	27.3
Profesionista	17	24.6	2	4.5
Total	69	100	44	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 12. Ocupación y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

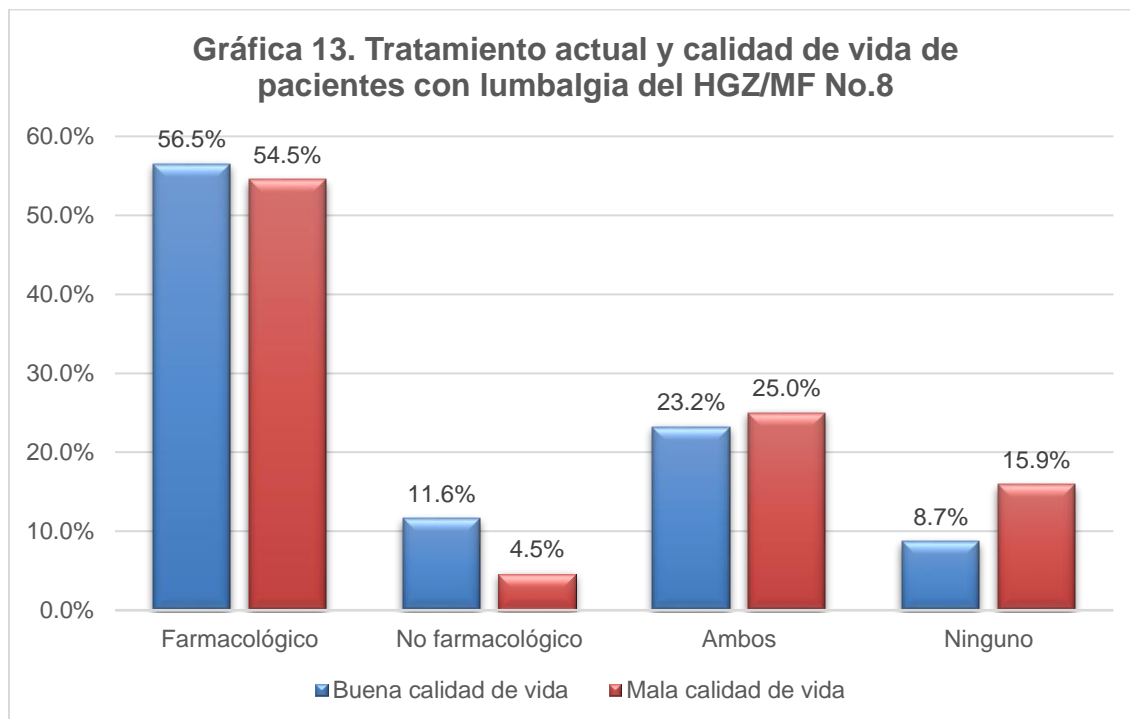


Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 13. Tratamiento actual y calidad de vida de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

Tratamiento actual	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	Frec	%	Frec	%
Farmacológico	39	56.5	24	54.5
No farmacológico	8	11.6	2	4.5
Ambos	16	23.2	11	25
Ninguno	6	8.7	7	15.9
Total	69	100	44	100

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.



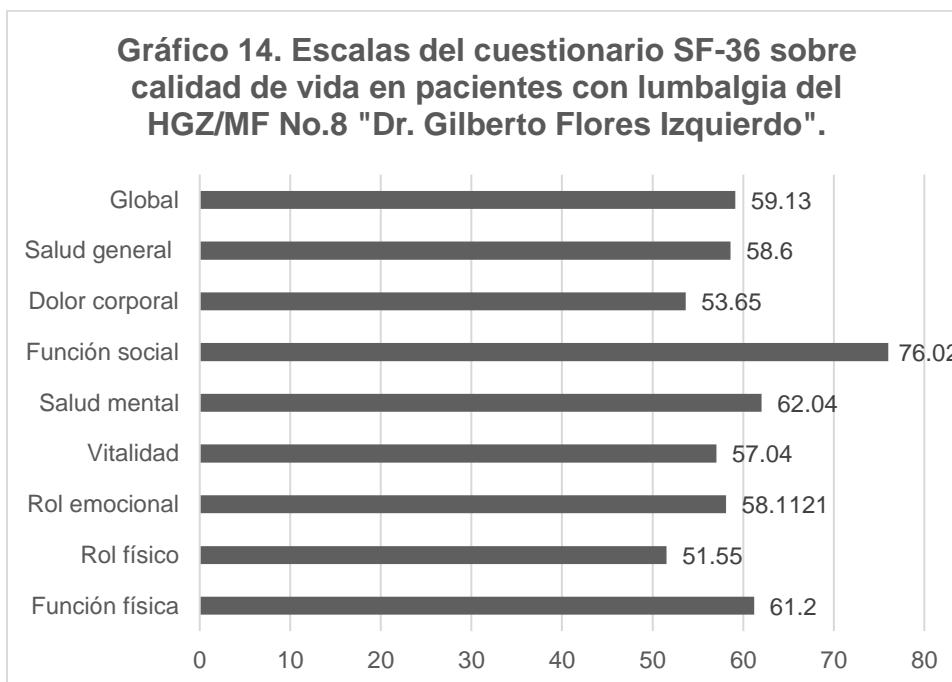
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 14. Medidas de tendencia central y dispersión de las escalas del cuestionario SF-36 en pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

SF-36	Media	Mediana	Moda	DE	Rango	Varianza	Mínimo	Máximo
Función física	61.20	65.00	85.0000	21.1600	75	447.85	25	100
Rol físico	51.55	50.00	50	26.785	100	717.446	0	100
Rol emocional	58.1121	66.6667	66.67	26.64387	100	709.896	0	100
Vitalidad	57.04	55.00	40	17.686	70	312.784	25	95
Salud mental	62.04	60.00	52	17.672	68	312.284	32	100
Función social	76.02	90.00	90	26.408	90	697.393	10	100
Dolor corporal	53.650	55.000	45.0	19.421	90	487.839	10	100
Salud general	58.60	55.00	45	25.00	70	377.170	30	100
Global	59.13	60.27	46.67	17.54	66.67	307.818	29.17	95.83

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfico 14. Escalas del cuestionario SF-36 sobre calidad de vida en pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".



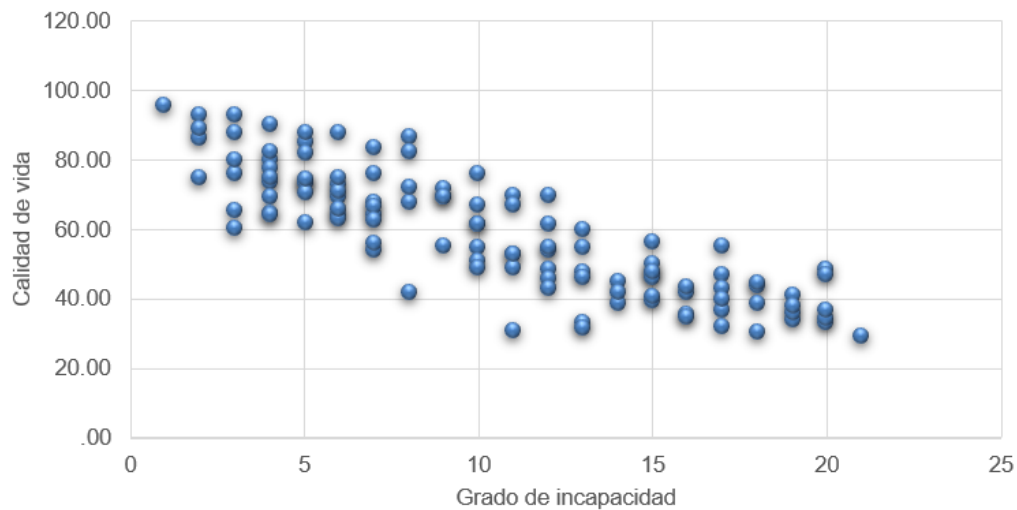
Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Tabla 15. Correlación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8

SF-36	Grado de incapacidad	
	Rho Spearman	P
Calidad de vida	-.851	<.001
Función física	-.826	<.001
Rol físico	-.660	<.001
Rol emocional	-.347	<.001
Vitalidad	-.812	<.001
Salud mental	-.674	<.001
Función social	-.416	<.001
Dolor corporal	-.798	<.001
Salud general	-.777	<.001

Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

Gráfica 15. Correlación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8



Fuente: n=113 Ruiz-C C, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Ruiz-C N. Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2023.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó la relación entre calidad de vida y grado de incapacidad de pacientes con lumbalgia en el HGZ/MF No. 8, con una muestra total de 113 pacientes.

De acuerdo al estudio realizado por Duran-Nah, et al. "Lumbalgia crónica y factores de riesgos asociados en derechohabientes del IMSS: Estudio de casos y controles" (2016), en el cual, se estudiaron un total de 285 pacientes, se observó una edad media de 52.2 (± 13.6 años), donde el 60% correspondió al sexo femenino, 23.2% contaban con educación primaria y 25.4% con educación secundaria (2). Cifras similares encontradas en nuestro estudio, donde se encontró una edad media de 45.58 (± 10.72), con predominancia del sexo femenino en un 59.3%; así mismo, en nuestro estudio casi la mitad de los pacientes (44.2%) contaban con educación básica, 31.9% con educación media superior y 23.9% con educación superior. Por ende, se puede observar que la información obtenida concuerda con la bibliografía analizada, esto puede deberse debido a la similitud entre ambas poblaciones de estudio, puesto que ambas investigaciones se realizaron con pacientes mexicanos derechohabientes del IMSS, representando un punto de referencia para el conocimiento de las características sociodemográficas de los pacientes con dolor lumbar en esta institución. Respecto al predominio del sexo femenino, si bien concuerda con la bibliografía analizada, también es importante recordar que existe una preponderancia del sexo femenino en la población y las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de atención médica. Por otra parte, en ambos estudios se encontró un predominio de la escolaridad básica en los pacientes con lumbalgia, lo cual puede ser explicado por el tipo de trabajo realizado de acuerdo a la escolaridad, debido a que aquellos con escolaridad básica suelen desempeñar labores que representan una mayor carga física, con potenciales inductores de dolor lumbar. Sin embargo, recordemos que el proceso del dolor lumbar es multicausal, donde a su vez, no solo interviene el componente físico, sino que es un problema en el que influyen aspectos emocionales, sociales, económicos, entre otros. Por lo tanto, como médicos de familia, es importante el conocimiento de las características sociodemográficas con el fin de identificar a aquellos pacientes que presentan un mayor riesgo de lumbalgia, con el objetivo de brindar oportunamente medidas de prevención primaria y de ya contar con el padecimiento, brindar un manejo adecuado para reducir complicaciones y evitar un deterioro en su funcionalidad.

En lo reportado por Goertz CM, et al. "Patient-Reported physician treatment recommendations and compliance Among U.S. Adults with Low Back Pain" (2021), se encontró que al 96% de los pacientes con dolor lumbar que acudieron a valoración médica se les brindó al menos un tipo de terapia para el dolor lumbar; de los cuales, el 81% correspondían a tratamiento farmacológico y no farmacológico, 76% se les indicó paracetamol o AINE, 60% se recomendó fisioterapia, 79% tratamiento de cuidado personal y al 62% tratamiento con opioides, benzodiacepinas o corticoides (37). En el caso de nuestra investigación, no se obtuvieron datos específicos respecto al tipo de tratamiento que estaba recibiendo el paciente, sino que se agrupó en tratamiento farmacológico y no farmacológico. Sin embargo, se logró observar que únicamente una tercera parte de los pacientes contaban con algún tipo de medida no farmacológica y solo el 8.8% de ellos exclusivamente se encontraban recibiendo tratamiento no farmacológico, mientras que la mayoría de los pacientes solo contaban con tratamiento a base de fármacos. Como se puede observar, si bien el estudio fue realizado en población no mexicana en un país con ingresos altos, se puede observar que en ambos países, pese a las diferencias entre las economías, presentan una gran brecha entre el tratamiento brindado por profesionales de la salud, respecto a la recomendación de múltiples guías internacionales, las cuales dictan medidas no farmacológicas como medida de primera línea y manejo farmacológico solo en caso de que lo anterior no sea suficiente. Así mismo, la discrepancia entre las recomendaciones y la realidad en la práctica clínica, podría condicionar al gasto de recursos sanitarios, con incremento en costos directos (atención médica) e indirectos (menor productividad de los pacientes). Por lo que se requieren iniciativas que favorezcan y ayuden a los profesionales de la salud, pacientes y personal administrativo a una toma de decisiones más acorde con las recomendaciones y evidencia científica. De la misma manera, se tiene el conocimiento de que algunas de las causas que han mantenido esta brecha, corresponden a tiempos de consulta cortos, conocimiento deficiente, entre otras. Es de importancia tanto a los pacientes como a los profesionales de salud para respaldar la implementación de mejores prácticas para el dolor lumbar, logrando abordar los obstáculos psicosociales que también intervienen en la recuperación de pacientes con lumbalgia.

Doualla M, et al., en su investigación “Factors influencing disability in patients with chronic low back pain attending a tertiary hospital in sub-Saharan Africa” (2019), donde se incluyeron un total de 136 pacientes con lumbalgia crónica, se estableció que el grado de incapacidad medio obtenido mediante el cuestionario Roland Morris fue de 12.5 (± 6); así mismo, se encontró diferencias con puntajes significativamente mayores en pacientes con educación básica, respecto la educación superior (38). Por su parte, en nuestro estudio a pesar de la discrepancia entre las características de ambas poblaciones, se encontró un grado de incapacidad medio mediante el cuestionario Roland Morris de 10.29 (± 5.44), similar al encontrado en dicha población, encontrando a su vez, diferencias significativas en cuanto al sexo, escolaridad y tratamiento actual; con puntajes mayores en mujeres, pacientes de escolaridad básica y aquellos sin tratamiento. Es necesaria la consideración de que la lumbalgia afecta de manera considerable la capacidad funcional del individuo, lo que nos lleva al incremento de años vividos con discapacidad de manera global. Como médicos de primer contacto, es importante la valoración del grado de incapacidad de los pacientes con lumbalgia debido a que nos permite obtener un rápido panorama de la limitación funcional que está generando el dolor lumbar en nuestros pacientes, así como evaluar la evolución de una forma más objetiva de la respuesta a los tratamientos brindados.

En el estudio realizado por Járomi M “Assessment of health-related quality of life and patient’s knowledge in chronic non-Specific low back pain” (2021), donde compararon la calidad de vida de pacientes con lumbalgia, se estudiaron un total 1155 pacientes, reportando que los encuestados evaluaron todas las dimensiones de la CVRS con puntajes significativamente más bajos en comparación con la población sana, la cual también estuvo influenciada por los diferentes parámetros sociodemográficos; respecto a las escalas de calidad de vida, aquella con la calificación más baja correspondió a la escala de vitalidad con 53.46 puntos (28). Por su parte, en nuestro estudio encontramos que cerca de un tercio de los pacientes con lumbalgia presentaban puntuaciones menores a 50 puntos, lo que determina una mala calidad de vida. Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables de la edad, estado civil, escolaridad y ocupación. De la misma manera, se evidenció que, de las 8 escalas, las más afectadas correspondieron a la escala de rol físico, seguida de dolor corporal; por el contrario, la escala mejor puntuada correspondió a la escala de función social, llegando a la conclusión que los pacientes cuentan con redes de apoyo.

Como se observó en ambos estudios, la calidad de vida se ve afectada de manera considerable en los pacientes que cursan con dolor lumbar crónico, siendo importante su evaluación debido a que nos puede ser de utilidad para mejorar la atención y la toma de decisiones en este grupo de pacientes, ya que, en muchas ocasiones, la repercusión que se tiene sobre la calidad de vida es infravalorada por los profesionales de la salud. Esto nos ayuda a priorizar la patología y a establecer estrategias sanitarias más encaminadas con la mejora de la calidad de vida de los pacientes con lumbalgia.

Por otro lado, en el estudio realizado por Mutubuki en “The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients” (2020), en el cual se estudiaron un total de 6316 pacientes, donde el 66% correspondían al sexo femenino y 56% contaban con educación básica, se estableció que el grado de dolor y la discapacidad obtuvieron una relación longitudinal negativa respecto a la calidad de vida relacionada a la salud; y una relación longitudinal positiva respecto a los costos (33). Si bien existen grandes diferencias metodológicas entre ambos estudios, como el carácter longitudinal y los instrumentos de recolección. En nuestro estudio se encontró una correlación negativa tanto en la calificación global de calidad de vida, como en todas sus escalas; logrando identificar una correlación negativa muy alta en las escalas de función física y vitalidad, correlación negativa alta en rol físico, salud mental, dolor corporal y salud general; moderada en función social y baja en rol emocional. Con ello, podemos establecer que el grado de incapacidad de los pacientes influye en todas las esferas del paciente, no solo en el componente físico. Así mismo, es importante mencionar que, en la práctica diaria como profesionales de primer nivel de atención, el manejo o evolución del dolor lumbar no solo se debe efectuar en la cantidad de dolor, también se debe establecer de acuerdo a las repercusiones generales. Ya que, de acuerdo a la bibliografía, se puede establecer que la limitación funcional tiene más efecto en la calidad de vida, que solo el dolor. Es decir, no solo es el nivel del dolor que presenta el paciente lo que afecta su calidad de vida, sino la forma en la que éste influye en su funcionalidad. Por lo tanto, es de relevancia que las intervenciones administradas también sean con base en el grado de incapacidad; debido a que como se mencionó anteriormente, esta variable se relaciona fuertemente con la calidad de vida de los pacientes, condicionando un deterioro en el componente físico, mental, social, lo que a su vez nos puede condicionar al incremento en los costos asociados al dolor lumbar.

Dentro de los alcances de nuestra investigación, consistió en determinar las características sociodemográficas y el tratamiento actual de pacientes con lumbalgia crónica pertenecientes a nuestra unidad, debido a que existe evidencia limitada y actualizada tanto de las características sociodemográficas, como el tipo de tratamiento que actualmente se recibe en pacientes similares a nuestro estudio. Por lo que nos brinda información relevante y nos proporciona una herramienta para brindar una mejor atención, mediante la identificación de pacientes que están en mayor riesgo y la mejora respecto al tratamiento brindado.

Otro de los alcances obtenidos con el estudio, es la identificación del grado de incapacidad, calidad de vida y la relación entre ambas variables. Puesto que existe evidencia limitada en poblaciones con las características del estudio, el cual solo se enfoca en pacientes en etapa productiva. De la misma manera, otros estudios son con economías y características sociodemográficas distintas a la nuestra. Sin embargo, también se logró identificar que el grado de incapacidad influye de manera significativa en la calidad de vida en todos sus ámbitos, en el que se incluye el componente mental, por lo que se crea un área de oportunidad para comenzar la implementación de terapias psicológicas en estos pacientes, brindando así un manejo integral con la finalidad de mejora de la limitación funcional y calidad de vida de los pacientes.

Existen diversas limitaciones en este estudio. Sin embargo, la más relevante es la característica de sección transversal del estudio, lo cual no permite dar seguimiento de la evolución del paciente. Así mismo, está conformado por población selecta, por lo que los resultados del estudio pueden no ser aplicables a la población en general.

Un posible sesgo fue que el presente estudio no interrogó sobre la presencia de comorbilidades, resultando con relevancia debido a que presentar diversas patologías podría modificar tanto el grado de incapacidad, como la calidad de vida de los pacientes estudiados. Así mismo, no se evaluó el tiempo de evolución del dolor lumbar en los pacientes, siendo que este factor contribuye al grado de incapacidad percibido por los pacientes. De la misma manera, en el aspecto de tratamiento actual, no se especifica cuánto tiempo lleva con el tratamiento otorgado ni el tipo específico de tratamiento.

Pese a que se utilizaron cuestionarios confiables y validados, otro posible sesgo corresponde a las características de los instrumentos de evaluación, tomando en cuenta la cantidad de preguntas a responder y la cantidad de tiempo requerido para su respuesta, esto nos puede conllevar a una modificación en la calidad de las respuestas.

En el área de investigación, se espera que el estudio corresponda un punto de partida para diversas líneas de investigación en los diferentes niveles de atención con aplicación para población en general. Logrando profundizar en el tema incluyendo las variables que limitaron la calidad del estudio y otros parámetros que no se hayan tomado en cuenta en el presente estudio. Así como la implementación de estrategias de rehabilitación u otras terapias, con posterior vigilancia y evolución de los pacientes con lumbalgia, respecto a su grado de incapacidad y calidad de vida.

Desde el punto de vista educativo, es importante conocer los factores de riesgo y aquellas entidades involucradas al inicio de esta patología, con el fin de la corrección de factores que pueden contribuir tanto al desarrollo, cronicidad, limitación funcional y afectación en los diversos rubros de la vida. Como médicos de primer nivel de atención, debemos familiarizarnos acerca de los tratamientos más recomendados, realizar medidas de prevención y promoción de la salud y concientizar a todo el personal sanitario acerca de las repercusiones tan importantes que nos pudiese condicionar el padecimiento.

En el rubro administrativo, la presente investigación es de utilidad, pues nos indica las características sociodemográficas, limitación funcional, calidad de vida y su relación entre ambas. De esta manera, se espera reducir la discapacidad de los pacientes, por medio de una identificación oportuna de población en riesgo, implementación de medidas de prevención primaria y el otorgamiento de un manejo adecuado. Reflejándose en menores gastos derivados de una desviación de recursos en abordaje no acorde a las recomendaciones y a la menor productividad que los pacientes presentan.

El presente estudio, en el área asistencial nos permite detectar qué tan relacionado se encuentra el ámbito funcional del paciente, con todas las esferas de calidad de vida relacionada a la salud. Por ende, el conocimiento de que el dolor lumbar presenta gran relación con los diversos aspectos de la vida, nos permite ofrecer un acertado tratamiento y seguimiento, enfocado también a aspectos mentales, emocionales y sociales, no solo al físico.

CONCLUSIONES

La lumbalgia corresponde a un importante problema de salud pública derivado de la alta prevalencia, su efecto negativo en la vida de los pacientes que la padecen y en los costos que genera. Por ende, es de importancia conocer la situación en la que se encuentran los portadores de dolor lumbar, referente a sus características sociodemográficas, calidad de vida y funcionalidad.

El presente estudio cumplió con el objetivo de evaluar la relación existente entre la calidad de vida y el grado de incapacidad de pacientes con lumbalgia del HGZ/MF No.8 mediante instrumentos validados y confiables. Encontrando que, pese a que solo 2 de cada 5 de los pacientes reportó una mala calidad de vida, ésta se ve relacionada en todos sus dominios por el grado de incapacidad que se presente, incluyendo el mental, emocional, social y físico. Siendo la función física la más relacionada y el rol emocional el que mostró una correlación más baja,

Los resultados que se obtuvieron en el estudio fueron acorde a las hipótesis planeadas, aceptando la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula, por lo que se concluye que existe una relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad de los pacientes con lumbalgia pertenecientes al HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

En el estudio se encontró que el sexo femenino fue la más afectada respecto a la presentación del padecimiento, grado de incapacidad y calidad de vida. Así mismo, pese a que se evaluaron pacientes únicamente en edad productiva, se evidenció que los pacientes presentan cierto grado de incapacidad, el cual impide que el paciente lleve a cabo las actividades de la vida diaria con normalidad.

Entre las recomendaciones para los que decidan continuar con este proyecto de investigación, sería incluir en el análisis otras variables como: tiempo de portar la lumbalgia, tratamientos otorgados y su tiempo con el mismo, presencia de comorbilidades y nivel de control, ya que estas variables nos pueden brindar más datos importantes acerca del padecimiento y se pueden evitar sesgos.

Resulta primordial la aplicación de intervenciones en los diferentes niveles de prevención, aplicando un enfoque holístico, donde no solo se indague sobre el aspecto médico de la patología, sino que se tome en cuenta el aspecto mental, emocional, social y espiritual en este tipo de pacientes para lograr una disminución de la limitación funcional y una mejora en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del seguro social.2009. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/045GER.pdf>
2. Durán-Naha JJ, Benítez-Rodríguez CR, Miam-Viana EJ. Lumbalgia crónica y factores de riesgo asociados en derechohabientes del IMSS: Estudio de casos y controles. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(4):421-428.
3. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. Lancet. 2021;398(10294):78-92
4. Trastornos musculoesqueléticos. OMS. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions#:~:text=Los%20trastornos%20musculoesquel%C3%A9ticos%20comprenden%20m%C3%A1s>
5. En el IMSS, más de 300 mil consultas por lumbalgia en 2017. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/i2f_news/Com%20246.pdf
6. Peláez-Ballestas I, Flores-Camacho R, Rodríguez-Amado J, Sanin LH, Valerio JE, Navarro-Zarza E, Flores D, Rivas LL, Casasola-Vargas J, Burgos-Vargas R. Prevalence of back pain in the community. A COPCORD-based study in the Mexican population. J Rheumatol Suppl. 2011; 86:26-30.
7. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults. UpToDate. 2022.
8. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, et al. Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care. JAMA Network Open. 2021;4(2):e2037371.
9. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, van Tulder M, Koes BW. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018;27(11):2791-2803
10. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical Low Back Pain. Am Fam Physician. 2018;98(7):421-428.
11. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. CMAJ. 2017;189(45):E1386-E1395.

12. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust.* 2017;206(6):268-273.
13. DePalma MG. Red flags of low back pain. *JAAPA.* 2020;33(8):8-11.
14. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, Viswanath O, Jones MR, Sidransky MA, Spektor B, Kaye AD. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2019;23(3):23.
15. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391(10137):2368-2383
16. Transición epidemiológica, Documento monográfico. Secretaría de Salud; Dirección General de Epidemiología. 2018. Recuperado de https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/transicion/transicion_epidemiologica_2018.pdf
17. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet.* 2018;391(10137):2356-2367.
18. Chen S, Chen M, Wu X, Lin S, Tao C, Cao H, Shao Z, Xiao G. Global, regional and national burden of low back pain 1990-2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2019. *J Orthop Translat.* 2021;32:49-58.
19. Kigozi J, Konstantinou K, Ogollah R, Dunn K, Martyn L, Jowett S. Factors associated with costs and health outcomes in patients with Back and leg pain in primary care: a prospective cohort analysis. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):406.
20. Kim LH, Vail D, Azad TD, Bentley JP, Zhang Y, Ho AL, Fatemi P, Feng A, Varshneya K, Desai M, Veeravagu A, Ratliff JK. Expenditures and Health Care Utilization Among Adults With Newly Diagnosed Low Back and Lower Extremity Pain. *JAMA Netw Open.* 2019;2(5):e193676.
21. Ponce-Martínez MC, Villarreal-Ríos E, Vargas-Daza ER, Martínez-González L, Galicia-Rodríguez L. Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica. *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol.* 2013;78(3):113-119.
22. Mutubuki EN, Luitjens MA, Maas ET, Huygen FJPM, Ostelo RWJG, van Tulder MW, et al. Predictive factors of high societal costs among chronic low back pain patients. *Eur J Pain.* 2020; (2):325-337.
23. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica.* 2012;30(1),61-71

24. Tudela LL. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009;41(7):411-6.
25. Froud R, Patterson S, Eldridge S, Seale C, Pincus T, Rajendran D, Fossum C, Underwood M. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:50.
26. Montazeri A, Mousavi SJ. Quality of life and low back pain. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. Springer. 2010; 3979-94.
27. Husky MM, Ferdous Farin F, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):195. Bardin LD, King P, Maher CG.
28. Járomi M, Szilágyi B, Velényi A, Leidecker E, Raposa BL, Hock M, Baumann P, Ács P, Makai A. Assessment of health-related quality of life and patient's knowledge in chronic non-specific low back pain. *BMC Public Health*. 2021;21(Suppl 1):1479.
29. Agnus-Tom A, Rajkumar E, John R, Joshua-George A. Determinants of quality of life in individuals with chronic low back pain: a systematic review. *Health Psychol Behav Med*. 2022;10(1):124-144.
30. Pereira MG, Roios E, Pereira M. Functional disability in patients with low back pain: the mediator role of suffering and beliefs about pain control in patients receiving physical and chiropractic treatment. *Braz J Phys Ther*. 2017;21(6):465-472
31. Santiago-Bazán C, Pérez-Dominguez KJ, Castro-Reyes N. Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. *Rev Cient Cienc Méd*. 2018;21(2):13-20.
32. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Teresa Gil del Real M, Llobera J, Fernández C. Correlation Between Pain, Disability, and Quality of Life in Patients With Common Low Back Pain. *Spine*. 2004 Jan;29(2):206–10.
33. Mutubuki EN, Beljon Y, Maas ET, Huygen FJPM, Ostelo RWJG, van Tulder MW, van Dongen JM. The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients. *Qual Life Res*. 2020;29(1):275-287.
34. Texcucano-Rarrurez RF, Montiel J, Vázquez-Cruz E, Gonzalez-Akihiki, Romero-Figueroa M, Etchegaray-Morales I. Funcionalidad, calidad de vida y grado de dolor en 243 pacientes con lumbalgia crónica degenerativa. *Pren Med Argent*. 2017;103. 149-155.
35. Ceran F, Ozcan A. The relationship of the Functional Rating Index with disability, pain, and quality of life in patients with low back pain. *Med Sci Monit*. 2006;12(10):CR435-9

36. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):14-20.
37. Goertz CM, Long CR, English C, Meeker WC, Marchiori DM. Patient-Reported Physician Treatment Recommendations and Compliance Among U.S. Adults with Low Back Pain. *J Altern Complement Med.* 2021;27(S1):S99-S105.
38. Doualla M, Aminde J, Aminde LN, Lekpa FK, Kwedi FM, Yenshu EV, Chichom AM. Factors influencing disability in patients with chronic low back pain attending a tertiary hospital in sub-Saharan Africa. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20(1):25.

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TITULO DEL PROYECTO:
 RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE INCAPACIDAD EN PACIENTES CON LUMBALGIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE
 MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

MARZO 2021- FEBRERO 2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
TITULO	X	X										
ANTECEDENTES			X	X	X							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						X						
OBJETIVOS							X	X				
HIPOTESIS								X				
PROPOSITOS									X			
DISEÑO METODOLOGICO										X	X	
ANALISIS ESTADISTICO											X	
CONSIDERACIONES ETICAS												X

(PENDIENTE + / APROBADO X)

MARZO 2022- FEBRERO 2023

FECHA	MAR 2022	ABR 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2022	OCT 2022	NOV 2022	DIC 2022	ENE 2023	FEB 2023
RECURSOS	X	X										
BIBLIOGRAFIA			X	X	X							
ASPECTOS GENERALES						X	X	X				
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS									X			
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO									X			
RECOLECCION DE DATOS									X			
ALMACEN MIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												+
PUBLICACION												+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

Elaboró: Claudia Alejandra Ruiz Carrillo
 Lucía Sandoval Ibarra
 Eduardo Vilchis Chaparro
 Nelida Yudith Ruiz Carrillo



ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con
lumbalgia de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.**

Investigadores a cargo:

Claudia Alejandra Ruiz Carrillo Médico Residente Matrícula 97371668 Adscripción HGZ/MF No.8
Lucía Sandoval Ibarra Médico Familiar, Matrícula 97371494 Adscripción HGZ/MF No.8
Eduardo Vilchis Chaparro N51 Profesor Medico Matrícula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI
Nelida Yudith Ruiz Carrillo Médico Especialista en Ortopedia. Matrícula 98355577 Adscripción Hospital de Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

Llene los siguientes campos con su información y marque con una «X» dentro de los paréntesis, según corresponda

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: 1() Masculino 2() Femenino

Estado civil: 1()Soltero 2()Casado 3()Unión libre 4()Divorciado/Viudo

Escolaridad: 1() Ninguna 2()Primaria 3()Secundaria 4()Bachillerato/carrera técnica
5()Licenciatura 6()Posgrado

Ocupación: 1()Profesionista/técnico 2()Obrero 3()Hogar
4()Comerciante 5()Desempleado 6() Otra:_____

Tratamiento actual: 1()Farmacológico 2()No farmacológico 3()Ambos
4()Ninguno

ANEXO 3. CUESTIONARIO ROLAND MORRIS

© Fundación Kovacs. La utilización de la versión española de la escala de Roland-Morris es libre para su uso clínico. Kovacs FM, Llobera J, Gil Del Real MT, Abreira V, Gestoso M, Fernández C, Primaria Group KA. Validation of the spanish version of the Roland-Morris questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2002 Mar 1;27(5):538-42.

Investigadores a cargo:

Claudia Alejandra Ruiz Carrillo Médico Residente Matrícula 97371668 Adscripción HGZ/MF No.8
 Lucía Sandoval Ibarra Médico Familiar, Matrícula 97371494 Adscripción HGZ/MF No.8
 Eduardo Vilchis Chaparro N51 Profesor Médico Matrícula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI
 Nelida Yudith Ruiz Carrillo Médico Especialista en Ortopedia. Matrícula 98355577 Adscripción Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez".

Cuando su espalda le duele, puede que le sea difícil hacer algunas de las cosas que habitualmente hace. Esta lista contiene algunas de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando le duele la espalda (o los riñones). Cuando las lea, puede que encuentre algunas que describan su estado de hoy. Cuando lea la lista, piense en cómo se encuentra usted hoy. Cuando lea usted una frase que describa como se siente hoy, póngale una señal. Si la frase no describe su estado de hoy, pase a la siguiente frase.

1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de espalda.	
2. Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda.	
3. Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal.	
4. Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa.	
5. Por mi espalda, uso el pasamanos para subir escaleras.	
6. A causa de mi espalda, debo acostarme más a menudo para descansar.	
7. Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones o sofás.	
8. Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas	
9. Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda.	
10. A causa de mi espalda, solo me quedo de pie durante cortos periodos de tiempo.	
11. A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme.	
12. Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda.	
13. Me duele la espalda casi siempre.	
14. Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda.	
15. Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito.	
16. Me cuesta ponerme los calcetines - o medias - por mi dolor de espalda	
17. Debido a mi dolor de espalda, tan solo ando distancias cortas.	
18. Duermo peor debido a mi espalda.	
19. Por mi dolor de espalda, deben ayudarme a vestirme.	
20. Estoy casi todo el día sentado a causa de mi espalda.	
21. Evito hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda.	
22. Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor de lo normal.	
23. A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal.	
24. Me quedo casi constantemente en la cama por mi espalda	

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Investigadores a cargo:

Claudia Alejandra Ruiz Carrillo Médico Residente Matrícula 97371668 Adscripción HGZ/MF No.8
Lucía Sandoval Ibarra Médico Familiar, Matrícula 97371494 Adscripción HGZ/MF No.8
Eduardo Vilchis Chaparro N51 Profesor Medico Matrícula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI
Nelida Yudith Ruiz Carrillo Médico Especialista en Ortopedia. Matrícula 98355577 Adscripción Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez".

Marque una sola respuesta

- 1. En general, usted diría que su salud es:**
 - a) Excelente
 - b) Muy buena
 - c) Buena
 - d) Regular
 - e) Mala

- 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**
 - a) Mucho mejor ahora que hace un año
 - b) Algo mejor ahora que hace un año
 - c) Más o menos igual que hace un año
 - d) Algo peor ahora que hace un año
 - e) Mucho peor ahora que hace un año

- 3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

- 4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

- 5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

- 6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

- 7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

- 8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**
 - a) Sí, me limita mucho
 - b) Sí, me limita un poco
 - c) No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias.

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- a) Si
- b) No

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a) Si
- b) No

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a) Si
- b) No

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a) Si
- b) No

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- a) Si
- b) No

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- a) Si
- b) No

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- a) Si
- b) No

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a) Si
- b) No

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a) No, ninguno
- b) Sí, muy poco
- c) Sí, un poco
- d) Sí, moderado
- e) Sí, mucho
- f) Sí, muchísimo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

34. Estoy tan sana como cualquiera

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

ANEXO 5.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

Nombre del estudio:	RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL GRADO DE INCAPACIDAD EN PACIENTES CON LUMBALGIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Noviembre 2022
Número de registro institucional:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en contestar encuesta sobre su funcionalidad y calidad de vida. Se realiza con la finalidad de emprender líneas de acción para dar solución a problemáticas, como la lumbalgia y su posible relación entre calidad de vida y grado de incapacidad.
Procedimientos:	Se realizará cuestionario SF-36 y cuestionario Roland-Morris, previo consentimiento informado y garantizando la confidencialidad de sus respuestas.
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta).
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su estado de funcionalidad y de qué manera este repercute en su calidad de vida con el fin de crear estrategias para el mejoramiento de estos factores.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará en caso de datos relevantes.
Participación o retiro:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:	Sandoval Ibarra Lucia. Médico Familiar, Profesora Adjunta de Medicina Familiar, HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 97371494 Teléfono: 5568175641, Fax: No Fax Email: sandoval.ibarra.lucy@gmail.com
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo, Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Medico del CIEFD Siglo XXI. CMNSXXI. Mat 99377278. Teléfono: 56276900 ext. 217425. Fax: No Fax. Email: jalovilchis@gmail.com Ruiz Carrillo Nelida Yudith. Médico No Familiar, especialista en Ortopedia. Adscrita al Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" Matricula: 98355577 Teléfono: 33 10432392. Fax: No Fax. Email: neliyu17.nr@gmail.com.mx Ruiz Carrillo Claudia Alejandra, Residente de segundo año de Medicina Familiar, Matricula: 97379673, adscripción HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Cel.3316996972 Fax: No fax. Correo: claudiaruizcarrillo@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ RUIZ CARRILLO CLAUDIA ALEJANDRA Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HGZMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORD. CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD

Ciudad de México, a 18 de Julio del 2022.
CCEIS/246 /2022

Carta de no inconveniente del director de la Unidad donde se efectuará el protocolo de investigación.

Polaco de la Vega Thalyna

**Titular de la Coordinación de Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Presente.**

En mi carácter de Director General del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título "Relación entre la calidad de vida y el grado de incapacidad en pacientes con lumbalgia de la consulta externa de medicina familiar del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo". El protocolo será realizado bajo la dirección de la Dra. Lucía Sandoval Ibarra, como Investigadora Responsable, en caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud y el Comité de Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente



**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZMF No. 8.**

Avenida Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel.
Alcaldía Alvaro Obregón. C.P. 01090. Ciudad de México.
(55) 5550 6422 Ext. 28235.

